

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROGRAMA TERAPÉUTICO *BRIEF COPING CAT* ENFOCADO EN
DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN NIÑOS”**

POR:
IZAMAR ALESA SALAZAR SCOTT

Trabajo de Graduación para optar por el título de
Magíster en Psicología Clínica

PANAMÁ REPÚBLICA DE PANAMÁ

2019

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

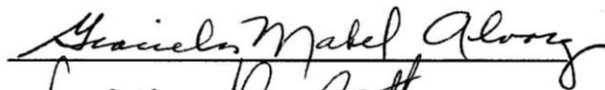
Formulario De Inscripción Programa De Maestría en	Psicología Clínica
Facultad de	Psicología
Número de código	CE-PT-327-14-06-19-02
Nombre del estudiante	Izamar Alesa Salazar Scott
Cédula	3 – 727 – 1888
Título que aspira	Maestría en Psicología Clínica

Tema de la tesis	Programa terapéutico Brief Coping Cat enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niño
------------------	--

Nombre del asesor:

Dra. Graciela Mabel Álvarez

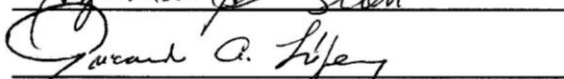
Firma del asesor:



Firma del Estudiante:



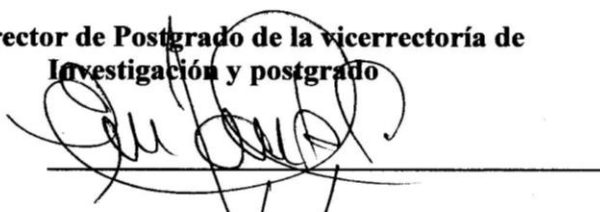
Aprobado por:



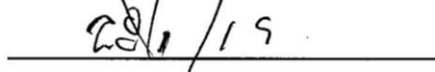
Director (a) de Departamento/Coordinador del programa

**Director de Postgrado de la vicerrectoría de
Investigación y postgrado**

Firma del Decano:



Fecha de Aprobación por la VIP:



DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por haberme dado fuerzas, esperanzas, valor y sabiduría en mi vida y por darme alas para volar.

A mi madre Aurora, por ser parte de mi vida. Gracias por todo lo que me has dado, por tu confianza, tu cariño.

A mi Abuela Nicolasa, por siempre hacerme reír y siempre estarás en mi corazón mientras dure mi eternidad temporaria.

A la profesora Graciela Mabel Álvarez por su apoyo incondicional y su constancia para guiarme a lo largo del camino para alcanzar este objetivo.

A mis amigos que siempre han estado ahí para ayudarme a seguir adelante. Sin tener que mencionar sus nombres, ellos saben y sabrán siempre quiénes son.

También lo dedico a la persona más fuerte que conozco: yo.

A “mi misma”, por tanta paciencia y consideración que he tenido en el proceso de la realización de mi tesis.

El futuro del ayer es hoy,
y el futuro del hoy es mañana

Izamar Salazar Scott

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación ha sido posible gracias al apoyo de casi un millón de personas. En primer lugar, quiero mencionar a la Doctora Graciela Mabel Álvarez, por haber sido mi asesora y haberme acompañado a lo largo de toda la elaboración de mi tesis. Le agradezco su apoyo, valiosos aportes, comprensión, así como su buen sentido del humor, su amabilidad, su sabiduría y confianza en mí.

A todos los que participaron en esta investigación, pues sin ellos este trabajo no se podría haber realizado.

Agradezco también el tiempo y la ayuda recibida por parte del profesor Regulo Sandoya, que siempre me ha brindado su apoyo incondicionalmente.

A mis amigos y familiares, por sus constantes motivaciones que a veces me faltaron, por sus consejos, tranquilidad y apoyo.

De manera especial quiero agradecer a mi madre y sobrinos, a mis hermanas.

A mi abuela porque siempre creyó en mí y me decía que: todo lo que quisiera lo podría lograr.

A todos los profesores que me han motivado y me han enseñado.

A la vida, a los sueños, a los obstáculos y victorias con los que me he topado en mis cien años de vida.

A las noches de insomnio y los días de sueños.

Izamar Scott

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	X
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	11
 CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	 13
1.1 Antecedentes	14
1.2 Ansiedad	25
1.2.1 Definición	25
1.2.2 Ansiedad normal y ansiedad patológica	28
1.2.3 Ansiedad en la infancia	30
1.2.4 Etiología y Contexto familiar de la ansiedad en niños.	35
1.2.5 Sintomatología de la ansiedad en la infancia	38
1.3 Trastornos de Ansiedad	48
1.4 Tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños.	51
1.5 Factores que producen ansiedad	53
1.6 Terapia Cognitiva Conductual	55
1.7 Terapia Cognitiva Conductual para la ansiedad en niños	57
1.8 Programa <i>Brief Coping Cat</i> “El Gato Valiente”	58
 CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	 64
2.1 Planteamiento del problema	65
2.2 Objetivos de la Investigación	66
2.2.1 Objetivo General	66
2.2.2 Objetivos Específicos	67
2.3 Preguntas de investigación	67
2.4 Hipótesis de la Investigación	68
2.4.1 Hipótesis Conceptual	68
2.4.2 Hipótesis Experimental y Estadística.	68
2.5 Tipo de Investigación	70
2.5.1 Diseño de Investigación	71

2.6	Población y selección de muestra	72
2.6.1	Población	72
2.6.2	Muestra	72
2.7	Definición de las Variables.....	75
2.7.1	Variable Independiente:	75
2.7.2	Variable Dependiente	76
2.8	Instrumentos de medición.....	77
2.9	Estadística a utilizar.....	83
2.10	Procedimientos de la investigación.....	85
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS.....		87
3.1	Descriptivos	89
3.2	Pruebas de Hipótesis.....	107
3.3	Discusión de los resultados.....	112
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		115
4.1	Conclusiones.....	116
4.2	Recomendaciones	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		121
ANEXOS		132
ÍNDICE DE TABLAS.....		VII
ÍNDICE DE GRÁFICAS		VIII
ÍNDICE DE ANEXOS		IX

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadío Evolutivo y Situación temida en niños.....	31
Tabla 2. Síntomas de ansiedad de los sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro.....	43
Tabla 3. Descripción de la ansiedad de acuerdo al tipo de respuesta.....	44
Tabla 4. Esquema del proceso de intervención.....	71
Tabla 5. CMAS-R (escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada).....	78
Tabla 6. Categorías de la ansiedad total de la prueba CMAS-R.....	82
Tabla 7. Categorías de las subescalas de la prueba CMAS-R.....	83
Tabla 8. Cuadro comparativo para el análisis estadístico.....	85
Tabla 9. Descripción de la muestra de acuerdo al sexo.....	89
Tabla 10. Aspectos descriptivos de la Muestra de acuerdo al sexo, edad, nivel académico, tratamiento psicológico, lugar de residencia, escolaridad de la acudiente, cantidad de hermanos.....	90
Tabla 11. Asistencia a las sesiones.....	91
Tabla 12. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de ansiedad fisiológica.....	92
Tabla 13. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de inquietud/hipersensibilidad	95
Tabla 14. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de preocupaciones sociales /concentración.....	98
Tabla 15. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la escala de índice de ansiedad total.....	101
Tabla 16. Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de falsedad/mentira.....	104
Tabla 17. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de ansiedad fisiológica.....	107
Tabla 18. Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de ansiedad fisiológica.....	107
Tabla 19. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de inquietud/hipersensibilidad	108
Tabla 20. Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de inquietud/hipersensibilidad	108
Tabla 21. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de preocupaciones sociales /concentración.....	109
Tabla 22. Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de preocupaciones sociales /concentración.....	109
Tabla 23. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la escala de índice de ansiedad total.....	110
Tabla 24. Conclusión sobre el estadístico de la prueba en la escala de índice de ansiedad total.....	110
Tabla 25. Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de falsedad/mentira.....	111
Tabla 26. Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de falsedad/mentira.....	111

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Descripción de la muestra de acuerdo al sexo.....	89
Gráfica 2. Cantidad de sesiones asistidas.....	91
Gráfica 3. Puntuaciones T del pre-test y Post-test de la subescala de ansiedad fisiológica.....	94
Gráfica 4. Puntuaciones T del pre-test y Post-test de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.....	97
Gráfica 5. Puntuaciones T del Pre-test y Post-test de la subescala de preocupaciones sociales /concentración.....	100
Gráfica 6. Puntuaciones T del Pre-test y Post-test de la escala de índice de ansiedad total.....	103
Gráfica 7. Puntuaciones T del Pre-test y Post-test de la subescala de falsedad/mentira.....	106

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Modelo de Consentimiento Informado.....	133
Anexo 2. Modelo de carta compromiso.....	134
Anexo 3. Sesiones Terapéuticas.....	135
Anexo 4. Registro y contrato de assistência.....	150
Anexo 5. Entrevista.....	151
Anexo 6. Portada del cuaderno de actividades para los niños del Programa El Gato Valiente.....	158
Anexo 7. Portada del Manual del terapeuta del programa El Gato Valiente.....	159

RESUMEN

En la presente investigación se evaluó la efectividad del programa terapéutico Brief Coping Cat para disminuir los síntomas de ansiedad, en niños de ocho a doce años, que residen en el área de Las Cumbres y que asisten a los talleres que se realizan en la Junta comunal de Alcalde Díaz. La muestra estuvo conformada por siete niños, con edades entre nueve y doce años de edad. Ellos fueron evaluados a través de la prueba de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R. El tipo de estudio fue de tipo **explicativo** y el diseño de la investigación fue **cuasi-experimental de grupo único con aplicación de pre-test y post-test**, y la selección de la muestra fue **no probabilístico** de tipo **intencional o dirigido**. El programa terapéutico utilizado tuvo una duración de ocho sesiones terapéuticas más dos sesiones adicionales en las que se aplicó el pre-test y el post-test. Las intervenciones terapéuticas tuvieron una duración de una hora aproximadamente en cada sesión. Durante el programa terapéutico se realizó con los padres de los niños tres sesiones informativas con una duración de 30 minutos cada una. Los resultados de la presente investigación muestran que el programa Brief Coping Cat es efectivo para disminuir los niveles de ansiedad en niños. Este contribuyó a la reducción de los síntomas de la ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, las preocupaciones sociales y los niveles de ansiedad general.

ABSTRACT

In the present investigation, the effectiveness of the Brief Coping Cat therapeutic program was evaluated in order to reduce the symptoms of anxiety, in children from eight to twelve years old, who live in the Las Cumbres area and who attend the workshops that take place in the Community Board. of Alcalde Diaz. The sample consisted of seven children, aged between nine and twelve years of age. They were evaluated through the Manifest Anxiety Test in Children CMAS-R. The type of study was of explanatory type and the research design was quasi-experimental of a single group with application of pre-test and post-test, and the Selection of the sample was non-probabilistic of intentional or directed type. The therapeutic program used lasted eight therapeutic sessions plus two additional sessions in which the pre-test and the post-test were applied. The therapeutic interventions lasted approximately one hour in each session. During the therapeutic program, three informative sessions with a duration of 30 minutes each were carried out with the parents of the children. The results of the present investigation show that the Brief Coping Cat program is effective in reducing anxiety levels in children. This contributed to the reduction of the symptoms of physiological anxiety, restlessness / hypersensitivity, social concerns and levels of general anxiety.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta natural que puede afectar tanto a los adultos como a los niños. Beck, Emery y Greenberg (1985), mencionan que la ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo, en consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo”.

Kaplan y Sadock (2000), señalan que “la ansiedad normal es una respuesta apropiada ante alguna situación amenazante”. Según Ochando (2008), la ansiedad patológica es la reacción excesiva ante un estímulo percibido como amenazante, con sensación de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos y a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.

La ansiedad normal o adaptativa, se presenta frente a situaciones que son estresantes y los síntomas desaparecen tras resolverse el problema. Por otro lado, la ansiedad patológica se basa en una apreciación irreal o distorsionada de la amenaza desmedida y los síntomas persistentes. Además, que restringe la autonomía de la persona.

Bunge, Gomar y Mandil (2010), mencionan que los niños presentan numerosos miedos a lo largo de su crecimiento, estos miedos que aparecen suelen caracterizarse como transitorios, de intensidades débiles y esperables para la edad de los niños.

La presente investigación consiste en evaluar la eficacia del Programa terapéutico Brief Coping Cat enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños de siete a doce años que residen en el área de Las Cumbres y que asisten a los talleres que se realizan en la Junta comunal de Alcalde Díaz. El programa constó de ocho sesiones terapéutica más dos sesiones adicionales en las que se aplicó el pre-test y el post-test. La muestra utilizada fue de siete niños entre nueve y doce años, a los cuales se les aplicaron la prueba de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R Este instrumento fue aplicado antes y después del

programa terapéutico y por lo que se permitió comparar los resultados y comprobar si logró disminuir los síntomas de ansiedad en estos niños.

Entre las causas que pueden estar relacionadas con los niveles de ansiedad que presentan los participantes de la investigación pueden ser: cuatro de los participantes han tenido una pérdida reciente: dos perdieron a su abuela hace dos meses y dos perdieron a su tío hace tres meses. Los siete participantes han tenido recientemente cambios de escuela. Cinco de los participantes de la investigación sus padres están separados.

En el primer capítulo se describen los antecedentes, justificación de la investigación y el marco teórico. En el cual se tocan los siguientes temas: la ansiedad, ansiedad normal y ansiedad patológica, ansiedad en la infancia, etiología y contexto familiar de la ansiedad en niños, sintomatología de la ansiedad en la infancia, trastornos de ansiedad, tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños, terapia cognitiva conductual, terapia cognitiva conductual para la ansiedad en niños, programa Brief Coping Cat “El Gato Valiente”, entre otros.

En el segundo capítulo se presenta la metodología de la investigación, que incluye: planteamiento del problema, objetivos generales, objetivos específicos, preguntas de investigación, hipótesis, tipo de investigación, diseño de la investigación, población y muestra, variables, instrumentos utilizados, procedimientos y los análisis estadísticos empleados.

El tercer capítulo trata sobre los resultados hallados en la investigación a través de la estadística descriptiva e inferencial.

El cuarto y último capítulo inicia con las conclusiones y finaliza con las recomendaciones. Adicional se colocaron las referencias bibliográficas que se utilizaron en la investigación realizada. En la parte final del trabajo se colocaron los anexos: consentimiento informado, descripción de las sesiones realizadas, entre otros.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 Antecedentes

La ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más comunes en niños y adolescentes con una frecuencia que oscila entre el 4% y el 25%, siendo la prevalencia media del 10% al 15%, (Boyd et al, 2000). Sin embargo, la prevalencia podría ser aún mayor, ya que muchos niños y adolescentes no son identificados y permanecen sin tratamiento (Neil y Christensen, 2009).

Durante la infancia temprana, la ansiedad se manifiesta como miedo a la separación de los familiares más cercanos o de las figuras de apego. El temor ante la ausencia de las personas ligadas afectivamente al niño supone un mecanismo de protección ante los peligros del entorno si su intensidad es moderada (Campbell, 1986).

La ansiedad y los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de depresión. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3% y el 21%. Además, que entre el 2,8% y 32% de los niños y adolescentes pueden sufrir un trastorno de ansiedad. (Ruiz y Lago, 2005).

Los trastornos de ansiedad son probablemente los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes, se estima un rango de prevalencia entre 5% y 25% en todo el mundo, pero un porcentaje mucho más bajo recibe tratamiento (Costello et al, 2003).

En Panamá, Velarde y otros (2014) realizaron una investigación, en donde se obtuvo una muestra al azar de estudiantes de ambos sexos cuyas edades estaban entre seis y once años, ellos eran del sector Este de la Región Metropolitana de Educación. En este estudio se utilizó un instrumento de evaluación estandarizado (BASC) diseñado para facilitar el

diagnóstico de varias dimensiones patológicas y adaptativas. La escala evalúa diversos aspectos de la conducta y la personalidad de los niños relacionados con los criterios diagnósticos de categorías de psicopatología del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). La escala se aplicó mediante cuestionarios suministrados a padres y maestros. Al inicio de la investigación contaban con 242 díadas de cuestionarios BASC aplicados. Sin embargo, 13 (5.4%) fueron excluidas debido a una clasificación incorrecta en los registros escolares y 98 (40.5%) no cumplieron con el criterio de obtener índices de veracidad y consistencia aceptables para ambos informantes (90.1% y 59.9% de los cuestionarios de maestros y padres, respectivamente, resultaron en índices aceptables). La muestra final consistió de 131 niños con díadas de cuestionarios de padres y maestros que se incluyeron para estimar la prevalencia. La prevalencia global estimada fue de 8.1%. Según los maestros, el análisis de los trastornos individuales indicó que las condiciones más prevalentes fueron los problemas de aprendizaje (20.6%), las habilidades de estudio (26.0%) y la ansiedad (15.3%). Según los padres, las condiciones más prevalentes fueron el aislamiento (10.7%), la ansiedad (8.4%) y la falta de liderazgo (6.9%). Por otro lado, los maestros consideraban que el aislamiento es más prevalente en niños que en niñas, y reportaron una tasa mayor de problemas de aprendizaje y ansiedad en niñas que en niños.

Datos obtenidos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la investigación sobre la epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe (2014-2018), demuestran que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante

la niñez y la adolescencia. De hecho, 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años de edad.

El Ministerio de Salud (2015), realizó un estudio sobre el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) de Panamá, el cual estima que la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento) en la Región es superior al 60%. Por ejemplo, el 58% de las personas afectadas con psicosis no afectivas, 53.3% de las personas afectadas por alcoholismo, 46% de las personas con trastorno bipolar y un 41.1% de las personas con trastornos de ansiedad no están siendo tratadas.

Cada vez más los problemas relativos a la salud mental ocupan un espacio importante, entre los múltiples problemas de salud que afectan a los panameños y panameñas. La depresión, la esquizofrenia, los trastornos afectivos y de ansiedad se han constituido en las patologías psiquiátricas más prevalentes en el país.

En investigaciones realizadas por Taboada, Ezpeleta y De la Osa (1998), se encontró que la ansiedad oscila entre el 9% y el 21% de la población general juvenil, siendo más alta la prevalencia en las niñas que en los niños.

La ansiedad es uno de los diagnósticos más comunes en la población mundial, es uno de los trastornos en la salud mental de mayor riesgo para los próximos años (Esparza y Rodríguez, 2009) y en niños es considerado uno de los problemas emocionales de mayor riesgo y prevalencia en la salud mental y su estado de bienestar (Gallegos et al., 2010). Las fobias más características en la infancia, aparte de la fobia escolar son: a la oscuridad con un 50% del total; a animales representa el 25% del total; a accidentes, enfermedades,

exámenes, fracaso escolar, películas determinadas, monstruos, tormentas, alturas, agujas o espacios cerrados y representa el 25% (Ochando, 2008).

Los efectos de los trastornos de ansiedad en el bienestar de niños y adolescentes están asociados con dificultades en el funcionamiento social, emocional y académico, estos efectos predicen la aparición y desarrollo de trastornos y alteraciones en la edad adulta. (Donovan y Spence, 2000).

Según Baeza et al (2008), señalan que hasta un 75% de los trastornos de ansiedad en adultos tiene su comienzo en la infancia y adolescencia.

Otros datos señalan que más del 20% de los estudiantes sufren altos niveles de ansiedad frente a los exámenes por lo que ven disminuido notablemente su rendimiento. El 20% de los niños en edad preescolar muestran problemas emocionales y de comportamiento desde niveles moderados a clínicamente significativos (Lavigne et al, 1996, citado por Stallard, 2010).

La ansiedad por separación es un miedo frecuente en los niños entre el año y los seis años de edad. Se da entre el 50% y el 75% de los niños hacia los 2 años, y entre el 20% y el 40% a los tres años (Bragado, 1994).

En Colombia, se afirma que la edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años; y los trastornos como el de ansiedad de separación en la infancia entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años (Posada, 2013), con una prevalencia del 1,8% para trastorno de ansiedad de separación,

del 0.4 % para los trastornos de ansiedad generalizada, y para el trastorno de ansiedad en general del 2.0% para niñas y del 1.6% para niños en el rango de edad entre 7 y 11 años.

Su prevalencia podría representar un problema de salud significativo en la población infanto – juvenil, siendo variable entre diferentes países y estudios, en algunos de ellos se afirma que aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad (Canino et al, 2004), siendo alta la prevalencia para fobias específicas y moderada para la ansiedad por separación, presentándose esta última entre la primera y segunda infancia, es decir, alrededor de siete a ocho años; se encuentra además entre los trastornos de aparición temprana (Rapee et al., 2016).

Estudios longitudinales realizados por Fong y Garralda (2005), distinguen principalmente tres tipos de factores directamente vinculados y precipitadores de los trastornos de ansiedad en la infancia: factores intrínsecos (temperamento y factores genéticos), interacciones progenitores-hijo (estilo de crianza y procesos familiares) y acontecimientos vitales gravemente amenazantes (situaciones de pérdida y adversidad social).

Entre los factores de riesgo para desarrollar los trastornos de ansiedad se han encontrado la edad, el género, el estrato social, funcionamiento familiar y los acontecimientos vitales estresantes tales como: la muerte de un familiar. (Angold, 1988; Ferreira et al., 2012 citados por Argumedos et al, 2014).

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son muy frecuentes en la actualidad. Sólo en Estados Unidos se estima que una de cada cinco personas sufrirá en su vida uno o

varios de estos trastornos (Kessler et al., 1994). Según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (prevalencia – vida) y el 6,4% en el último año del estudio (prevalencia – año) (Alonso et al., 2004).

Existen evidencias que las hormonas sexuales tienen un papel esencial en la etapa de diferenciación sexual, sin embargo, su papel no se limita a este proceso, sino que se mantiene durante toda la vida de las personas. En este sentido, se ha encontrado que estos trastornos varían según las fases del ciclo hormonal de la mujer. (Horst et ál., 2009).

Se han investigados un conjunto de factores que sugieren diferencias de sexo. Estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y manera de reaccionar ante acontecimientos vitales estresantes. Otros factores son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos (Grant y Weissman, 2009).

Kendall (1994), comparó un programa de terapia cognitivo-conductual, que el mismo elaboró y al que denominó “El gato valiente” (*Coping Cat*), con un grupo control en lista de espera, siendo los sujetos asignados de forma aleatoria a las dos condiciones

experimentales. La muestra estaba formada por 47 niños, de edades comprendidas entre 9 y 13 años, que cumplían los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizada (n = 30), trastorno de ansiedad por separación (n = 8) o trastorno de evitación (n = 9). El grupo de tratamiento activo recibió una media de 17 sesiones que se realizaban semanalmente. Estas sesiones de entrenamiento individual duraron entre 50 y 60 minutos de duración. Se observó una mejoría en los niños que habían recibido intervención terapéutica. Posteriormente, el grupo de control fue tratado con el mismo programa que el grupo experimental.

El estudio fue replicado por Kendall et al. (1997), utilizando para ello una nueva muestra de sujetos. Los participantes fueron 94 niños de 9 a 13 años de edad que fueron diagnosticados con los criterios del DSM-III R, los mismos problemas que en el estudio anterior: trastorno de ansiedad generalizada (n = 55), trastorno de ansiedad por separación (n= 22) y trastorno de evitación (n = 17). La muestra fue asignada aleatoriamente a las dos condiciones que contemplaban el diseño, un grupo de tratamiento y un grupo control en lista de espera. Kendall aplicó su programa de intervención cognitivo-conductual a los 60 niños, durante 18 sesiones que se realizaban semanalmente con una duración de 60 minutos. El grupo control permaneció en lista de espera durante 8 semanas, momento en que fueron evaluados nuevamente y recibieron tratamiento los que lo desearon. La comparación del grupo de tratamiento y grupo control en el post-test indicaron una mejoría significativa en los niños que habían recibido tratamiento. (Kendall et al., 1997).

Barrett, Dadds y Rapee (1996), en Australia realizaron una investigación para examinar el programa cognitivo-conductual de Kendall “El gato valiente”. En dicha investigación

participaron 79 niños con edades entre 7 y 14 años que cumplían los criterios diagnósticos del DSM-III-R, para el trastorno de ansiedad generalizada ($n = 30$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 30$) y fobia social ($n = 19$). Las muestras se asignaron al azar a las tres siguientes condiciones experimentales:

- 1) Terapia cognitivo-conductual
- 2) Terapia cognitivo-conductual con intervención familiar
- 3) Grupo control en lista de espera.

Ambos grupos de tratamiento que se aplicaron tuvieron una duración de 12 semanas, se utilizó el manual “El koala que se las arregla” (*Coping Koala Group Workbook*), este programa australiano de Barrett es una adaptación del manual de Kendall del Gato Valiente. El programa incluía procedimientos de reconocimiento de los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas, reestructuración cognitiva en las situaciones ansiosas, autoinstrucciones de afrontamiento, exposición a estímulos fóbicos y administración de autorrefuerzo. Las primeras 4 sesiones eran de entrenamiento y en ellas se introducían procedimientos de manejo de la ansiedad, en las 8 sesiones restantes cada niño practicaba las habilidades de afrontamiento aprendidas durante la exposición gradual en vivo a las situaciones temida.

Barrett (1998), realizó otro estudio en donde buscaba demostrar que la intervención familiar mejora los resultados obtenidos en los tratamientos cognitivo-conductuales en los problemas de ansiedad infantil. En esta investigación participaron 60 niños que fueron diagnosticados con el manual DSM-III-R, cuyos diagnósticos fueron el trastorno de ansiedad generalizada ($n = 30$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 26$) y fobia

social ($n = 4$). Este tratamiento tuvo una duración de 12 semanas y se establecieron de nuevo las mismas condiciones experimentales que en el estudio anterior, en donde los sujetos fueron asignados al azar:

- 1) Terapia cognitivo-conductual
- 2) Terapia cognitivo-conductual con intervención familiar
- 3) Grupo control en lista de espera.

En esta investigación se trazaron los mismos objetivos y se utilizaron los mismos manuales. Los resultados obtenidos fueron que las dos condiciones de tratamiento mejoraron de forma significativa y la mejoría se mantuvo durante el seguimiento, este seguimiento se llevó a cabo a los 12 meses después del tratamiento. Es importante resaltar que a pesar de que el grupo que recibió intervención familiar manifestó una mejoría mayor en algunas variables, sin embargo, las diferencias entre ambos tratamientos no fueron significativas. (Barrett, 1998).

Muris y colaboradores (2001), analizaron los efectos del tratamiento cognitivo-conductual en niños con problemas de ansiedad, atendiendo a si su aplicación era individual o en grupo. Otro de los objetivos fue examinar la sensibilidad al tratamiento de un autoinforme que medía los síntomas diagnósticos de los trastornos de ansiedad definidos en el DSM-IV en la población infantil. Los participantes fueron 36 niños de 10 años de edad, diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada ($n = 14$), trastorno de ansiedad por separación ($n = 14$), fobia social ($n = 7$) y trastorno obsesivo-compulsivo ($n = 1$). Los niños fueron asignados de forma aleatoria a la condición de tratamiento individual, en la que trabajaban cara a cara con el terapeuta, o de tratamiento grupal en la que enfatizaba

los procesos de apoyo y refuerzo de los miembros del grupo, el feedback, role-playing, entre otros. Ambos grupos fueron tratados mediante terapia cognitivo-conductual, en concreto con el “Tratamiento cognitivo conductual del koala” (*Coping Koala Cognitive-Behavioral Treatment*), diseñado por Barret (1995). No se encontraron diferencias significativas entre las dos condiciones de tratamiento, ya que la terapia cognitivo-conductual en ambos formatos: grupal e individual, mostraron igual efectiva para reducir los síntomas de ansiedad en los niños. Los resultados del estudio parecen validar el SCARED-R como un instrumento útil para la evaluación de la ansiedad infantil. (Muris y colaboradores, 2001).

Kendall y colaboradores (2001), aplicaron la terapia cognitivo-conductual a un grupo de niños con trastornos de ansiedad con el objetivo de examinar la comorbilidad y su efecto en el tratamiento. Los 173 participantes, presentaban como diagnóstico principal un trastorno de ansiedad por separación ($n = 39$), trastorno de ansiedad generalizada ($n = 101$) o fobia social ($n = 33$), y como trastorno secundario otro trastorno de ansiedad ($n = 86$), un trastorno externalizante ($n = 44$) o no manifestaban comorbilidad ($n = 35$). Los niños se asignaron aleatoriamente a la condición de tratamiento o a una lista de espera.

El tratamiento consistía entre 16 a 20 sesiones de tratamiento que se realizaban una sesión semanalmente con una hora de duración. La intervención cognitivo-conductual estaba basada en el manual de Kendall de 1990. El programa de tratamiento se mostró igualmente efectivo en la reducción de la ansiedad en los niños con y sin trastornos secundarios. Además, la terapia cognitivo-conductual resultó superior al grupo control en lista de espera. (Kendall y colaboradores, 2001).

Shortt, Barrett y Fox (2001), basándose en la eficacia de la intervención familiar demostrada en anteriores trabajos, diseñaron un programa de tratamiento cognitivo-conductual para los problemas de ansiedad infantil basado en la familia, al que denominaron *FRIENDS*. El programa se elaboró a partir de los materiales y estrategias incluidos en el libro de trabajo del koala (*Coping Koala Group Workbook*) de Barrett (1995). Este programa dispone de dos versiones del mismo elaboradas en función de la edad de aplicación: una para niños de 6 a 11 años de edad, y otra para adolescentes de 12 a 16 años. El nombre del programa responde a un acrónimo formado en base a las estrategias utilizadas:

- 1) ¿Te sientes preocupado? (¿F - *Feeling worried?*)
- 2) Relájate y siéntete bien (R - *Relax and feel good*)
- 3) Pensamientos internos (I - *Inner thoughts*)
- 4) Hacer planes (E - *Explore plans*)
- 5) ¡Buen trabajo, recompénsate a ti mismo! (N - *Nice work, so reward yourself!*)
- 6) No olvides practicar (D - *Don't forget to practice!*),
- 7) Mantén la calma (S - *Stay calm*).

En una investigación realizada por Padilla (2014), en la cual el tratamiento que se llevó a cabo fue un tratamiento cognitivo-conductual, en donde se utilizó como guía el programa de Kendall “El gato valiente” para el tratamiento de la ansiedad infantil, adaptado a las necesidades del paciente de 12 años. Se trabajó para que aprendiera a identificar la ansiedad y así poder afrontarla, como también en reducir el nivel de activación de la ansiedad mediante la puesta en práctica de ejercicios de forma gradual que se le iban

asignando cada semana. El tratamiento consistió en un total de 16 sesiones de una hora de duración cada sesión. Las dos primeras sesiones correspondieron con la fase de recogida de información. La tercera sesión se dedicó a fase psicoeducativa, en la que se explicó qué era la ansiedad y la ansiedad generalizada tanto al paciente como a sus padres. Durante las 13 sesiones restantes que fueron de la fase de entrenamiento, el paciente aprendió técnicas de afrontamiento logrando los objetivos propuestos mediante actividades como juegos y debates. Además, se le indicaron tareas para hacer en casa de manera que afianzara lo aprendido durante las sesiones y se pudieran observar los cambios semana tras semana. Los resultados mostraron una mejoría en relación a las preocupaciones del paciente y a su nivel de activación psicofisiológica, y la eliminación de las respuestas de escape, según la evaluación pre-test/post-test y el análisis de los registros semanales durante la intervención. (Padilla, 2014).

1.2 Ansiedad

1.2.1 Definición

Según el Diccionario de la Real Academia (2017). La ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo". Se refiere a un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante.

Lang (2002, citado por Virues, 2005), define a la ansiedad como una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Según Trucco (1995), la ansiedad es una respuesta al estrés, que puede resultar de la interrupción de un vínculo importante o por la exposición a una situación de desastre con peligro vital.

Lazarus (2000), señala que cuando las personas se sienten ansiosas se les dificulta relajarse y tienen la sensación de que algo va mal en la situación o en la vida en general. Se sienten intranquilas, preocupadas, se encuentran invadidas por pensamientos que no pueden eliminar y que quieren evitar o escapar.

Bulacio (2004), menciona que cuando la ansiedad adquiere una gran dimensión, sobrepasa determinados límites, ésta se generaliza o se transforma en una respuesta rígida, convirtiéndose en un problema de salud. Interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales impidiendo el bienestar. Por lo que se transforma en una emoción desadaptativa, disfuncional, es decir, en una emoción patológica. En estas situaciones es cuando la ansiedad deja de ser una emoción normal para convertirse en un problema en la vida de las personas.

Beck (1985, citado por Virues, 2005), se refiere a que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, esta basada en falsas premisas.

Barlow (2002), define la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de

acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

Echeburúa (1998), define la ansiedad como una reacción esperada propia de la adaptación, que se presenta frente a peligros concretos o producto de la fantasía, los cuales alertan al organismo para responder ante situaciones de riesgo.

Beck et al. (1985), señalan que la ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo. En consecuencia, el miedo “es la valoración del peligro; la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo”.

La ansiedad no es un concepto solamente, es una señal o reacción general bastante común en el ser humano. Según Kaplan y Sadock (2000:636). “La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante alguna situación amenazante”. De manera que se diferencia del miedo en que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior o conflictiva, mientras que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida. (Johnson y Melamed, 1979).

El CIE-11 (2011), define la ansiedad como un trastorno disfórico en el que los síntomas depresivos provocan un malestar o una disfunción significativa y llevan a un deterioro funcional y a la búsqueda de ayuda, sin presentarse síntomas relevantes depresivos.

Según el DSM –V (2013), la ansiedad es un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión que provoca malestar notable

o deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Caracterizado por síntomas físicos, psicológicos y conductuales; entre los cuales se pueden mencionar: dificultades al hablar, miedo, palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, entre otros.

Se concluye que la ansiedad es una respuesta o reacción general bastante común en el ser humano. Esta respuesta emocional se da en el sujeto frente a situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. Cuando siente ansiedad se experimenta un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración acelerada, dificultad para relajarse, sentimientos de intranquilidad, preocupaciones, se encuentran invadidas por pensamientos que no pueden eliminar y que quieren evitar o escapar. La ansiedad incluye síntomas físicos, síntomas psicológicos y síntomas conductuales.

1.2.2 Ansiedad normal y ansiedad patológica

Kaplan y Sadock (2000:636), señalan que “la ansiedad normal es una respuesta apropiada ante alguna situación amenazante”.

Keegan, (1998), la ansiedad es una reacción emocional que se da frente a la percepción de una amenaza o peligro y tiene como finalidad la protección del individuo. Las personas

que padecen trastornos de ansiedad creen estar expuestas a una amenaza física o social. Si la amenaza está objetivamente presente o no, es irrelevante para la experiencia de la ansiedad, ya que lo esencial es la interpretación de la situación como una amenaza personal, es la significación de los hechos lo que determina la emoción más que los hechos mismos.

La ansiedad patológica es la reacción excesiva ante un estímulo percibido como amenazante, con sensación de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos y a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. (Ochando, 2008).

Carrión y Bustamante (2008), identifican dos tipos de ansiedad:

1) Ansiedad positiva: este tipo de ansiedad es la que nos empuja a prepararnos mejor para enfrentar una situación amenazadora, nos mantiene en alerta constante para desenvolvernos mejor.

2) Ansiedad negativa o patológica: este tipo de ansiedad produce ciertos desórdenes en las personas que la padecen, siendo ésta un estado de inquietud irracional, la cual puede agudizarse, transformándose en miedo agudo o pánico, lo que terminará afectando la atención, la concentración, la capacidad de raciocinio, etc.

En conclusión, se puede decir que la ansiedad normal o adaptativa, se da por las preocupaciones por el presente o por el futuro inmediato y los síntomas desaparecen tras

resolver el problema. Por otro lado, la ansiedad patológica se basa en una apreciación irreal o distorsionada de la amenaza desmedida, y es persistente.

1.2.3 Ansiedad en la infancia

La ansiedad infantil es una reacción emocional defensiva e instantánea que actúa como resultante de las situaciones que comprometen la seguridad personal del niño, inicialmente ejerce una función protectora contra cualquier peligro para que el pequeño pueda adaptarse a diferentes situaciones de la vida (Salaníc, 2014).

Según March (1995), el estudio de la ansiedad en los niños presenta una relevancia histórica, ya que el desarrollo de la conceptualización de la ansiedad como origen del concepto de temor en los niños fue trabajado desde el campo del psicoanálisis con el caso del “Pequeño Hans” o “Juanito”, como así también desde el conductismo con el caso del “Pequeño Alberto”.

De acuerdo con Álvarez y Berazaluce (2003), estos temores frecuentes que surgen en los niños se denominan miedos evolutivos, ya que son específicos de cada etapa y van cambiando de acuerdo con el desarrollo cognitivo del niño.

Tabla 1

Estadio Evolutivo y Situación temida en niños.

Estado Evolutivo	Situación Temida
Del nacimiento a los 6 meses	Pérdida de contacto físico con la madre, Ruidos intensos
7 a 12 meses	Personas extrañas
1 a 5 años	Ruidos intensos, animales, oscuridad, monstruos, fantasmas
6 a 12 años	Daños físicos, ser castigado, fracaso escolar
12 a 18 años	Pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido

Fuente: Dulcan y Popper, (1991)

Los temores en los niños se producen sobre todo como respuesta a algún acontecimiento de su ambiente, al crecer, el campo que provoca los temores crecerá también. Los temores van cambiando, como la actitud de los niños frente a ellos, pasan del temor a los animales al temor al viento, tormentas fuertes e incluso a situaciones futuras que consideran que no podrán controlar. (Echeburúa, 1993).

Chantal (2007), menciona la ansiedad como el dolor de vivir que presentan los niños, el cual se vuelve un misterio para los padres de familia, ya que éstos no pueden entender fácilmente las manifestaciones. Es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y fobias, la reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Ollendick y Hersen (1986), sostienen que en el caso de los niños la ansiedad sirve de mecanismo de vigilancia, el cual le permite protegerse y sobrevivir dentro del contexto social; en este caso la ansiedad puede ser percibida como positiva, si se toma en cuenta que funciona como vigilante y protector en el niño.

Rodríguez (2009), indica que la ansiedad infantil, puede definirse como una reacción defensiva e instantánea ante el peligro, respuesta que se da ante situaciones que comprometen la seguridad personal, ejerce una función protectora para el niño para adaptarse paulatinamente a diferentes situaciones, ya que a lo largo de su vida tiene que enfrentarse a infinidad de peligros. Sin embargo, cuando dicha reacción pierde la función inicial se convierte en un trastorno de ansiedad que puede describirse como la angustia incontrolable ante una amenaza real o imaginaria y la consiguiente imposibilidad de hacer frente a las diversas situaciones de la vida.

González y García (1995), han afirmado que son múltiples los factores que pueden producir “desequilibrio” entre las demandas de los estímulos y las respuestas del niño: nacimiento de hermanos, ingreso a la escuela, exigencias familiares, divorcio o separación de los padres; eventos que provocan que el niño pueda sentirse desbordado, inadaptado.

Oblitas (2006), menciona que los tipos de ansiedad más frecuentes en los niños son: ansiedad generalizada, ansiedad por separación, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia, fobia simple, fobia específica, fobia social, fobia escolar, estrés postraumático, estrés agudo.

El CIE-10 (2000), considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad por separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos. Según el CIE-11 (2011), los pacientes pueden presentar manifestaciones somáticas de ansiedad, tales como: palpitaciones, temblor, boca seca o dolor de cabeza, también pueden experimentar una sensación permanente de estar "al límite" y de sentirse ansiosos, también pueden estar presentes los dolores debidos a tensión como el dolor de cabeza o los calambres en el estómago. Entre los síntomas asociados: ataques de pánico, y síntomas de miedo relacionado con situaciones particulares con conductas de evitación.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-5 (2013), establece una clasificación de los trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (Fobia Social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad no especificado, trastorno de ansiedad generalizada.

Según Jalenques et al., (1994, citado por Coca, 2013), entre los componentes de la ansiedad infantil se encuentran:

1. Componente comportamental: se presentan en forma de cólera, agitación, inestabilidad psicomotriz y trastornos de atención. Frecuentemente la cólera es la expresión comportamental de la ansiedad y el niño que la sufra presentará labilidad

emocional y será sensible a los mínimos reproches u observaciones poniéndose colérico de manera repetida.

2. Componente emocional: la ansiedad contiene una percepción interna del sujeto de un tipo de sentimiento descrito como desagradable, que ha recibido el nombre de afecto negativo.
3. Componente somático: las cefaleas cuya intensidad varía bruscamente en relación con el entorno y cuyo horario coincide con acontecimientos potencialmente ansiógenos, al igual que los dolores abdominales, sudoración fría, hiperventilación, taquicardia y malestares digestivos, pueden considerarse como manifestaciones propias de un cuadro ansioso en el niño.
4. Componente cognitivo: hace referencia a las formas de “racionalizar” la ansiedad: obsesiones, prejuicios, manías, entre otros.
5. Componente relacional: los trastornos de ansiedad alteran el individuo y consecuentemente también las formas de relación de éste con su entorno. Se puede distinguir tres tipos de conducta en el niño ansioso que afectan a su sociabilidad: la inhibición, la evitación y la dependencia.

Los niños con trastornos de ansiedad pueden presentar una gama de síntomas que va desde la preocupación y el distrés leves hasta los cuadros abrumadores e incapacitantes de ansiedad que interfieren con la actividad. Sin embargo, hay ciertos obstáculos que dificultan clasificar la ansiedad infantil dentro de la psiquiatría. (Caballero, Mojarro y Rodríguez-Sacristán, 1995).

1.2.4 Etiología y Contexto familiar de la ansiedad en niños.

Según Bunge et al., (2010), la etiología del trastorno de ansiedad en niños se debe a una combinación de varios elementos. Por un lado, están los factores predisponentes como los genéticos-hereditarios, es decir, que existe una vulnerabilidad biológica en el niño, como también los niños pueden poseer un procesamiento sesgado de la información. Esto, habitualmente acontece en los casos en que se magnifican los peligros y se desvalorizan los recursos de afrontamiento. Por otro lado, se refieren a la existencia de factores precipitantes, es decir, aquellos acontecimientos aversivos actuales en la vida del niño. Tanto los factores precipitantes como los predisponentes adquieren importancia y sentido dentro del contexto en el cual el niño se desarrolla, al ser parte de un sistema, se encuentra inmerso.

Según Simón y otros (1997), el contexto es considerado como el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos, la sintomatología que puede presentar un individuo no sólo es considerada en el contexto de algún tipo de cambio orgánico, sino también en el de su significado dentro de la familia y del medio social en general.

Bunge, Gomar y Mandil (2010), señalan que los factores contextuales cumplen un rol determinante en todo motivo de consulta. Los niños dependen de sus padres, tutores y allegados significativos. Por esta razón, la familia habitualmente suele ser incluida en todo tipo de tratamiento con niños y adolescentes.

Kendall y Verduin (2008), mencionan que el sistema en el cual funciona el niño, involucra a su familia, amigos y escuela. Generalmente, los trastornos de ansiedad suelen tener un impacto negativo en el niño e interfieren en la manera en que éste se relaciona dentro del entorno. Al ser el comportamiento del niño caracterizado por la evitación de interacciones o situaciones apropiadas para su edad, es frecuente que el malestar no sólo se genere tanto para el propio niño que lo padece, sino también para quienes lo cuidan.

Friedberg y McClure (2005), señalan que dentro del contexto en el cual se encuentran los niños ansiosos, existe la posibilidad de encontrar dos tipos diferentes de padres. Pueden encontrarse padres que suelen implicarse demasiado o poco en la vida de sus hijos. Aquellos padres que se implican poco suelen mostrarse distantes y lejanos. Por otro lado, están aquellos padres sobreprotectores que se involucran en exceso, queriendo proteger a sus hijos de estresores vitales inevitables, desconfiando en la capacidad de afrontamiento de sus hijos y percibiendo una imagen excesivamente frágil de ellos.

Según Greco y Morris (2005), los niños que padecen ansiedad suelen presentar dificultades en las relaciones sociales. Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), subrayan que es importante el entrenamiento de los padres en respuestas adecuadas de empatía y no intentar solucionar el problema en el momento, ni minimizar su importancia.

La ansiedad ha sido abordada desde diferentes perspectivas. Clark y Beck (2010), mediante el modelo cognitivo de la ansiedad, hacen alusión, que el individuo a lo largo de su experiencia de vida ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las

amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación genera distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos basados en expectativas, imágenes amenazantes e incapacidad percibida de afrontamiento, que produciría a su vez la activación conductual de escape. Agregan que la percepción del individuo ansioso es incorrecta, se sustenta en falsas hipótesis o creencias irracionales. Por ello, esas percepciones se convierten en contenidos amenazantes para el sujeto con lo cual se acrecienta la incapacidad para afrontarlos.

Lazarus y Folkman (1984), aportan desde su perspectiva la explicación de la generación de la ansiedad incidiendo en la relación de la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Siendo la evaluación cognitiva el proceso que determina una serie de relaciones de conocimiento del entorno por parte del individuo, mientras que el afrontamiento se convierte en el proceso por el cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo – ambiente, al ser evaluado como estresante y tenso, y con ello la posibilidad de generar o no ansiedad, según el manejo del ambiente.

Hollander y Simeón (2004), señalan que según el conductismo, la ansiedad es producto de un proceso condicionado de manera que las personas que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la tensión asociada a la amenaza. Sin embargo, la teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no sólo a

través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino mediante aprendizaje observacional de las personas ligadas al entorno.

Barlow (2004), considera que la información procedente de estudios genéticos, psicofisiológicos, endocrinológicos y neurobiológicos debe ser también revisada e integrada a otras posturas etiológicas de la ansiedad. Los primeros estudios mostraron que en diferentes estados de ansiedad los mecanismos de adaptación se vieron acelerados por el descubrimiento del complejo receptor GABA que mediatiza la acción de multitud de sustancias ansiolíticas y sedantes. Los mecanismos de producción de la ansiedad no se encuentran del todo aclarados y las líneas de estudio se amplían a otros sistemas de neurotransmisión, por ello no solamente el sistema gabaérgico se halla en relación con la ansiedad, sino que se ha implicado a otros sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico, el cual configura un aspecto más a considerar en la investigación biológica de la ansiedad.

1.2.5 Sintomatología de la ansiedad en la infancia

Friedberg y McClure (2005) citado por Abdala (S.F), consideran que cuando los niños manifiestan ansiedad hay cinco esferas de funcionamiento que se ven alteradas:

La primera esfera se encuentra representada mediante los cambios que se producen a nivel fisiológico, en donde las quejas somáticas tales como: dolores de cabeza, dolor de panza, mareos y tensión muscular son los más frecuentes que aparecen.

La segunda esfera que se ve alterada es la emocional, allí los niños muestran preocupación, terror, pánico, miedo e irritabilidad que se den cuenta de cómo se ven afectados por la presencia de ansiedad.

La tercera esfera es la cognitiva, aquí los síntomas reflejan la forma en que los niños procesan la información. Es muy característico que aquellos que presentan ansiedad, estén repletos de diálogos internos, predicciones y expectativas catastróficas de fracaso de afrontamiento. En los niños, al igual como suele suceder en el caso de los adultos, los temores frecuentes pueden convertirse en miedos desproporcionados, duraderos, persistentes, que traen como consecuencia limitaciones en la vida cotidiana. Con lo cual, esto posibilita identificar que los trastornos de ansiedad no sólo son diagnosticados en las personas adultas, sino que los miedos, la ansiedad y las preocupaciones son experiencias que pueden aparecer frecuentemente en la infancia.

La cuarta esfera es la conductual, la evitación forma parte de la manifestación más clara de la ansiedad, que se ve afectada por la presencia de la misma.

La quinta y última esfera es la interpersonal de los niños, generalmente la aparición de ansiedad hace que ellos sean más tímidos y sensibles a la evaluación negativa o examen de los demás.

De acuerdo a lo que exponen Pine et al., (1998), los síntomas en los niños pueden disminuir. Sin embargo, la mayoría de los trastornos de ansiedad que se identifican en la niñez no remiten con el tiempo. Entonces, la identificación temprana y el tratamiento eficaz de estos trastornos tanto en la infancia como en la juventud son importantes no sólo para mejorar su funcionamiento presente, sino también para proteger su salud y desarrollo a largo plazo.

Según Maciá (2007), las manifestaciones de ansiedad en niños se caracterizan por lo siguiente: sudoración en manos extrema, incremento del ritmo cardíaco, llanto, gritos, náuseas, vómitos, dolores de estómago, vértigo y mareos. De estas manifestaciones pueden surgir las siguientes: dolor de cabeza, pesadillas recurrentes, bajo estado de ánimo, cansancio excesivo y enuresis.

Lang (1968), plantea en su teoría tripartita de la ansiedad que las manifestaciones pueden ser en tres niveles: fisiológico, cognitivo y conductual.

- Síntomas fisiológicos: cardiovasculares: taquicardia, opresión en el pecho, síntomas respiratorios como ahogo y gastrointestinales como las náuseas.
- Síntomas cognitivos: ideas o imágenes catastróficas, sensación de inseguridad, sentimientos de inferioridad.
- Síntomas conductuales como: evitación, inquietud y parálisis.

Según Fong y Garralda (2007), señalan que durante el desarrollo de la infancia existen diferencias en las manifestaciones de la ansiedad normal y de los trastornos de ansiedad. Poniendo como ejemplo, que los lactantes y los niños pequeños sufren estrés con los ruidos súbitos, la separación de sus figuras de apego y el miedo a los animales o a la oscuridad; los niños mayores experimentan ansiedad en temas relacionado con su rendimiento, y la ansiedad social acompañada de alteraciones somáticas es más frecuente en los adolescentes.

Bulacio (2004), menciona que cuando la ansiedad adquiere una gran dimensión, sobrepasa determinados límites, está se generaliza o se transforma en una respuesta rígida, convirtiéndose en un problema de salud. Interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales o intelectuales impidiendo el bienestar. Por lo que se transforma en una emoción desadaptativa, disfuncional, es decir, en una emoción patológica. En estas situaciones es cuando la ansiedad deja de ser una emoción normal para convertirse en un problema en la vida de las personas.

Según Echeburúa y Corral (2006), las causas que pueden dar lugar a un trastorno de ansiedad pueden ser: los acontecimientos estresantes, el estilo educativo de los padres, el propio temperamento del niño, la vulnerabilidad de cada niño, y los factores sociales y culturales.

Kaplan y Sadock (2000), mencionan que la ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (tales como: palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar nervioso o asustado. El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad.

Según Rojas (1999), los síntomas físicos, provenientes del nivel fisiológico están producidos por una serie de estructuras cerebrales intermedias donde residen o se asientan las bases neurofisiológicas de las emociones. Entre los más frecuentes son: la taquicardia, palpitaciones, temblores, hiper sudoración, boca seca, dificultad respiratoria, tensión abdominal, náuseas, vómitos, entre otros.

Es importante señalar que los síntomas de la ansiedad son muy variados y depende de cada sujeto la forma o intensidad con la que estos se presenten. Bulacio (2004), señala que otra área que puede verse afectada por la ansiedad es el área social debido a que la irritabilidad, el ensimismamiento, las dificultades para iniciar o seguir una conversación, quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, sumado a la dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos pueden llevar a un deterioro en las habilidades sociales de las personas.

Tabla 2

Síntomas de ansiedad de los sistemas funcionales implicados en una respuesta adaptativa a la amenaza o al peligro

Síntomas de la ansiedad	
Síntomas Fisiológicos	Aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; respiración entrecortada, respiración acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos, escalofríos; náusea, dolor de estómago, diarrea; temblores, estremecimientos; adormecimiento, temblor de brazos o piernas; debilidad, mareos, inestabilidad; músculos tensos, rigidez; sequedad de boca.
Síntomas Cognitivos	Miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad o separación; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento, pérdida de objetividad.
Síntomas Conductuales	Evitación de las señales o situaciones de amenaza; huida, alejamiento; obtención de seguridad, reafirmación; inquietud, agitación, marcha; hiperventilación; quedarse helado, paralizado; dificultad para hablar.
Síntomas Afectivos	Nerviosismo, tensión, embarullado; asustado, temeroso, aterrorizado; inquieto, asustadizo; impaciente, frustrado.

Fuente: Beck et al., (1985).

Según Beck et al., (1985), la ansiedad aumenta de acuerdo al grado en que: se sobrestima la amenaza y el costo o significado que se le asigna (por ejemplo: "mi madre se va ir" y "no volverá nunca"). Se subestima la propia capacidad de afrontamiento y los factores de rescate (por ejemplo: "sin ella no voy a saber qué hacer" y "nadie me va a ayudar"). La ansiedad tiende a mantenerse debido a: las conductas de evitación, la atención selectiva de las amenazas, las medidas de seguridad.

Tabla 3

Descripción de la ansiedad de acuerdo al tipo de respuesta

Nivel cognitivo (PIENSO)	Me preocupo, no tomo decisiones, inseguridad, estoy confuso, me vuelvo loco, me muero, pierdo el control
Nivel fisiológico (SIENTO)	Tengo palpitaciones, sudo, me ahogo, presión en el pacho, boca seca, dolor de cabeza, me mareo
Nivel conductual (HAGO)	Hablo rápido, tiemblo, tartamudeo, evito, compruebo, como mucho, me rasco

Fuente: Castro (1998).

Castro (1998), describe que la ansiedad tiene 3 tipos de respuestas:

- a. **A nivel cognitivo:** La ansiedad se caracteriza por sentimientos de miedo intenso, falta de control sobre uno mismo y sobre el futuro, inseguridad, un estado de alerta constante y una situación de indefensión: no controlamos lo que antes si controlábamos. Se perciben estímulos amenazadores, evaluación negativa del

repertorio conductual de afrontamiento, preocupación por las reacciones somáticas, situaciones de escape/evitación, expectativas de daño.

- b. **A nivel fisiológico:** La persona ansiosa presenta reacciones corporales tales como mareos, taquicardias, presión en el pecho, sequedad de boca, tensión muscular, excesiva sudoración y falta de aire entre otras. Estos síntomas son el resultado de la activación del sistema nervioso autónomo y de la presencia de sustancias como por ejemplo la noradrenalina en el torrente sanguíneo cuando percibimos que estamos en peligro. Estas reacciones son psicosomáticas, es decir, tienen su origen en la psique (mente) y se transmiten al soma (cuerpo). El cuerpo se prepara para huir y por ello toma a nivel corporal esta situación de “preparación” para “salir corriendo”.
- c. **Motora/conductual:** Respuesta de evitación activa, evitación pasiva, escape, motoras alteradas.

Hamilton (1959), en su escala de ansiedad de Hamilton, categoriza y menciona los diferentes síntomas que puede experimentar una persona que padece ansiedad:

- **Síntomas respiratorios:** Sensación de ahogo o de falta de aire (disnea); sensación de opresión o constricción en el tórax, suspiros, ritmo respiratorio acelerado y superficial (hiperventilación).
- **Síntomas somáticos Sensoriales:** Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío o calor, sensación de debilidad, parestesias (pinchazón, picazón, hormigueos).
- **Síntomas gastrointestinales:** Náuseas, sensación de atragantamiento o dificultad para tragar, vómitos, diarreas, heces blandas, dolor abdominal, cólicos intestinales,

sensación de ardor, pesadez abdominal, flatulencia o gases, aerofagia o tragar aire, pérdida de peso, estreñimiento.

- **Síntomas en las funciones intelectuales y cognitivas:** Dificultad o falta de atención-concentración, dificultad para dejar la mente en blanco, problemas de memoria, pensamiento acelerado, o al contrario, embotamiento.
- **Síntomas Cardiovasculares:** Taquicardia o pulso acelerado, elevación de la tensión arterial, sensación de tensión baja o desmayos, arritmias, palpitaciones; dolor precordial en el pecho, opresión en el pecho, palidez o rubor.
- **Síntomas genitourinarios:** Micciones frecuentes, micción urgente; dolor al orinar, amenorrea; menorragia, disminución del deseo sexual o anorgasmia (pérdida de la libido), eyaculación precoz e impotencia o disfunción eréctil en el hombre.
- **Síntomas neurovegetativos:** Sequedad de mucosas, especialmente de boca y lagrimales, sudoración y salivación excesiva, sensación de desmayo inminente, rubor o palidez, vértigos, cefalea, erectismo piloso (piel de gallina).
- **Síntomas neurológicos:** Temblores, hormigueo o parestesias, hipersensibilidad a los ruidos, olores o luces intensas, mareos o inestabilidad, insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio o no reparador, sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
- **Síntomas somáticos musculares:** Cefaleas tensionales, especialmente en la nuca, contracturas musculares; espasmos musculares y calambres, rigidez muscular, dolor muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante.

- **Otros síntomas psicofísicos:** Fatiga y agotamiento; fatigabilidad, astenia (neurastenia), sensación de tensión e inquietud, llanto fácil, imposibilidad de relajarse, impaciencia, rostro preocupado, suspiros, respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics, tartamudez, disminución o aumento del apetito.

Blai (2015, citado por Orellana y Chimbo, 2016), clasifica la ansiedad en cinco grandes grupos que son:

- a. **De tipo físico:** se caracteriza por opresión en el pecho, taquicardia, problemas estomacales, náuseas, sudoración excesiva, temblores, vómitos, alteraciones en la alimentación lo cual come mucho o come poco, tensión muscular, cansancio, hormigueo en diferentes partes del cuerpo, sensación de mareo; cuando los problemas se vuelven más serios puede existir insomnio y enuresis.
- b. **De tipo psicológico:** constante inquietud, inseguridad, sensación de amenaza y peligro, temor, miedo, incertidumbre, dificultad en la toma de decisiones, incluso muchas veces esta situación puede llevar a conductas de esquizofrenia y hasta al suicidio.
- c. **De tipo cognitivos o intelectuales:** los problemas de concentración, atención y memoria, utilización de pensamientos distorsionados, sensación de confusión, incremento de dudas, sobrevaloración de detalles intrascendentes, interpretaciones inadecuadas sobre determinados aspectos, falta de comprensión en explicaciones impartidas.

- d. **De conducta:** dificultad para actuar en diversas situaciones, el estado de alerta constante, bloqueos mentales, dificultad para mantenerse en una posición, conductas impulsivas, cambios en la expresividad corporal y el lenguaje, expresiones faciales de asombro, cambios de voz, actitudes titubeantes, expresiones de duda, movimientos torpes de manos, brazos y piernas, actitudes cerradas ante sugerencias realizadas por otros.
- e. **De tipo social:** dificultad para mantener una conversación, dificultad para expresar las propias opiniones o para fundamentar sus puntos de vista, inseguridad para relacionarse con las demás personas, retraimiento, temor excesivo.

1.3 Trastornos de Ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM V (2013), clasifica los trastornos de ansiedad, de la siguiente manera:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego.
- **Mutismo selectivo:** Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación constante de dificultades al hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones de manera adecuada.

- **Fobia específica:** Trastorno de ansiedad caracterizada por la presencia de miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica: miedo a volar, a las alturas, ver sangre, etc.
- **Trastorno de ansiedad social/fobia social:** Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras come o bebe, dar una charla delante de varias personas, etc.
- **Trastorno de pánico:** Trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos y caracterizada entre otros criterios, por cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo de “volverse loco”, miedo a morir.
- **Agorafobia:** Trastorno de ansiedad caracterizado por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones donde sería difícil escapar.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Trastorno mental caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva en relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades (laboral o escolar).
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:** Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad

excesiva que ha sido inducido por intoxicación o abstinencia de sustancias o medicamentos

- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:** Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- **Otro trastorno de ansiedad no especificado:** Trastorno mental caracterizado por la presencia de los signos característicos de un trastorno de ansiedad que causa malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento (social, académico, laboral) pero no cumplen los criterios de otros trastornos de ansiedad.

Barrett (2000), señala que en los niños entre ocho y doce años de edad, los trastornos más frecuentes son: el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia social, específica, escolar y el trastorno por estrés postraumático. Las manifestaciones típicas de estos trastornos pueden resumirse en los siguientes síntomas: los temores referentes a una posible separación, daño y/o pérdida de las figuras de apego, la evitación a situaciones sociales y formativas, quejas sobre síntomas físicos como dolor de estómago, náuseas, cefaleas, como algunos de los más característicos.

Ruiz Sancho y Lago Pita (2005), afirman que los niños que presentan trastorno de ansiedad generalizada muestran un espectro de síntomas más limitado que los adultos. En ellos es frecuente la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas vagas e

inespecíficas que aparecen recurrentemente. Otro síntoma característico de este trastorno, es la presencia de la llamada ansiedad flotante, que se caracteriza por ser generalizada, persistente y no estar restringida a una situación particular. Los niños que padecen este trastorno manifiestan preocupaciones múltiples y variadas, sufren constantemente temores poco realistas referidos a su competencia y desempeño pasado o futuro, como así también sobre eventos o situaciones novedosas.

1.4 Tratamiento para los trastornos de ansiedad en niños.

El tratamiento que se lleva a cabo es la psicoterapia, es decir, el tratar por medios psicológicos problemáticas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece de manera deliberada una relación profesional con el paciente con el objetivo de suprimir, modificar o disminuir los síntomas existentes, intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad (Feixas y Miró, 1998).

Una de las herramientas más efectivas que se utiliza en campo de la psicoterapia es la evaluación psicológica. De acuerdo con Casullo (1996), es un proceso mediante el cual, a partir de algún modelo o enfoque teórico implícito o explícito, se intenta comprender o analizar un fenómeno concreto, ya sea real o simbólico, en sus aspectos manifiestos y/o latentes. Toda evaluación tiene como objetivo el poder categorizar, comparar, analizar, contrastar, datos de tipo cualitativos como cuantitativos obtenidos mediante la aplicación de técnicas diversas.

Según plantea Fernández-Álvarez (2009), los instrumentos de evaluación psicológica, como las técnicas psicométricas, entrevistas, cuestionarios, escalas, técnicas proyectivas o gráficos, son de gran utilidad para ajustar el juicio clínico. Estos ayudan al terapeuta a obtener información complementaria a las entrevistas que frecuentemente se aplican al inicio del tratamiento, colaboran al considerar los recursos disponibles por parte de los pacientes y contar con los datos necesarios para un diagnóstico adecuado. Los instrumentos de medición cumplen la función de ayudar al clínico en el diseño y evaluación del proceso terapéutico en su totalidad.

Casullo (1992), señala que uno de los métodos más comunes para evaluar la ansiedad en niños y adolescentes es la entrevista. Estas mismas pueden variar entre estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas, la entrevista clínica semi-estructurada establece una relación fija de categorías para ser investigadas y acompaña a sus instrumentos con definiciones e instrucciones para la comprensión y evaluación de cada síntoma.

Fernández-Álvarez (2009), expresa que en la población infantil, las pruebas psicológicas siguen siendo muy útiles para obtener la información que no puede evaluarse a través de las entrevistas. Las pruebas gráficas y las que evalúan la maduración de las funciones cognitivas son las principales técnicas más utilizadas en esta población.

Cuando la evaluación se realiza en niños con posibles trastornos de ansiedad, deberían enfatizarse diversas áreas, tales como: el comienzo e historia de desarrollo, contexto de

los síntomas, así como la historia médica, familiar, social y académica del niño (Bernstein et al, 1996).

Otro aspecto a tener en cuenta en la evaluación de un niño que presenta trastorno de ansiedad es la conducta. Bunge, Gomar y Mandil (2010), manifiestan que a lo largo del proceso de evaluación, la observación del comportamiento puede brindarle al profesional información muy útil para poder arribar a un diagnóstico específico. Señalan que las evaluaciones a padres y maestros son herramientas útiles que proveen información adicional sobre el comportamiento del niño en diversos contextos. El tratamiento de los síntomas de ansiedad puede abordarse desde diversos tipos de psicoterapias.

1.5 Factores que producen ansiedad

Birmaher, (2000:323), señala que “aunque la etiología de los trastornos de ansiedad no se ha clarificado, los factores biológicos, cognitivos y ambientales o la combinación de ambos han sido asociados con un incremento en el riesgo de padecer estos trastornos”.

Existen diversos factores que pueden contribuir a la ansiedad, estos factores pueden ser: Factores genéticos y constitucionales, Aunque existe prevalencia en que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza. (Ruiz y Lago, 2005). Las variables familiares pueden actuar mediante la combinación de influencias genéticas y ambientales (Whalen et al., 2017). Las posibles bases biológicas estarían relacionadas con alteraciones en el

funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión del sistema nervioso central, fundamentalmente noradrenérgicos, serotoninérgicos y gabaérgicos (Birmaher, 2000).

El temperamento del niños, cuando ellos son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente. (Ruiz y Lago (2005),

Los factores de riesgo de carácter externo o ambiental como son las pautas educativas, el funcionamiento familiar, los acontecimientos traumáticos y la presencia de psicopatología en los padres, como los de carácter interno o personales, como el género, la edad y/o el temperamento también contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad. (Pahl et al., 2012).

El apego seguro en los primeros años de vida proporciona las bases del desarrollo psicológico posterior del individuo (Ainsworth, 1978), y está relacionado con la psicopatología infantil teniendo un efecto protector que es mediador en la autorregulación emocional del niño (Hopkins et al., 2013).

Diversos autores señalan que estar expuesto a situaciones estresantes, como por ejemplo vivir en un contexto desfavorecido, sufrir violencia en el entorno familiar, el desempleo de los padres, el fallecimiento de un miembro de la familia o ser víctima de bullying en la primera infancia, son factores de riesgo que predicen la presencia de trastornos internalizantes (Whalen et al., 2017) y más concretamente, trastornos de ansiedad (Battaglia et al., 2016). Almeida y Viana (2013), señalan que existen menores niveles de ansiedad en los niños de edad preescolar en comparación con los niños de mayor edad.

1.6 Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo. En esta terapia el paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas que se realizan fuera de sesión (Gabalda, 2007). Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en diferentes combinaciones según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, entre otras (García et al., 2003).

Este modelo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 2000).

Algunas de las características más destacadas del modelo según Pagés y Gómez (2007, citado por Fernández-Álvarez, 2011) son:

- Está centrado en el presente, en el problema o acontecimiento y en su solución.
- Se basa en el sistema de creencias y sus consecuencias emocionales o conductuales.
- Éste enfatiza la colaboración y la participación activa del paciente y del terapeuta.

- Se educa al paciente a ser su propio terapeuta utilizando sus propios recursos psicológicos.
- Es efectivo previniendo las recaídas.
- Es estructurado y limitado en un tiempo determinado de tratamiento

El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo (Kendall, 2000).

Una de las herramientas utilizadas para el trabajo con niños ansiosos es el elaborado y desarrollado por Kendall (1990). “*El gato Valiente*” (Coping Cat).

Kendal (2000), afirma que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, además de presentar pensamientos autocríticos y de peligro y amenaza.

Según Kendall y Kosovsky (2010), el programa del gato valiente se centra en los factores de procesamiento cognitivo de la información asociados a la ansiedad de cada individuo (por ejemplo: estrés, angustia, ansiedad anticipatoria, etc.). Incluye a su vez los factores sociales (los pares y la familia) y la comprensión de las emociones con las correspondientes técnicas para su manejo. Su objetivo es poder enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de la ansiedad no deseada y poder utilizar los mismos como estrategias en el manejo de la ansiedad. El programa desarrollado por Kendall (2010), se

apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento.

1.7 Terapia Cognitiva Conductual para la ansiedad en niños

La Terapia Cognitiva Conductual para los trastornos de ansiedad en la infancia ha resultado efectiva para problemas específicos y trastornos diagnosticados (Albano et al., 2008).

Teniendo en cuenta que la ansiedad afecta a todas las áreas en las cuales se encuentra inmerso el niño, Barlow (2000), explica que el tratamiento de la sintomatología ansiosa en la infancia se enfoca en múltiples áreas, dependiendo de las vulnerabilidades de cada niño, incluyendo el desarrollo de respuestas de afrontamiento, dominio y sentido de autocontrol.

De acuerdo con Kendall y Kosovsky (2010), la terapia cognitivo conductual pone un gran énfasis en las tareas intra e intersesiones, en donde la experiencia es lo que permite al paciente desarrollar un sentimiento de competencia en el afrontamiento de las situaciones que previamente le provocaban ansiedad.

Méndez (1999), hace la distinción de cuatro estrategias generales para lograr que el niño interactúe con los estímulos fóbicos:

1. Reducir el grado de temor que genera la situación fóbica, mediante las técnicas de: graduar la presentación de los estímulos fóbicos, utilizar representaciones de los estímulos fóbicos, disponer de un ambiente relajante y seguro.
2. Proporcionar ayudas externas al niño para que se aproxime al objeto fóbico: Estímulos de instigación, estímulos de modelado.
3. Producir cambios internos en el niño para que se enfrente a la situación temida: Relajación, respiración, imaginación, autoinstrucción
4. Motivar al niño para que repita su conducta de aproximación: en la extinción se ignoran las respuestas defensivas, las quejas y las muestras de miedo en general. Se retira cualquier reforzador de la conducta fóbica.

1.8 Programa *Brief Coping Cat* “El Gato Valiente”

Una versión de la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños es el programa “El Gato Valiente”.

Kendall y Kosovsky (2010), expresan que el programa es una herramienta muy efectiva para utilizar en la psicoterapia infantil, ya que se encuentra basado en el enfoque cognitivo conductual. Tiene un énfasis en los factores de procesamiento cognitivos de información asociados a la ansiedad de cada individuo; incluye los factores sociales, como son los pares y la familia, al igual que la comprensión de las emociones y las técnicas de manejo de las mismas.

Este programa se encuentra estructurado en 16 sesiones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, específicamente ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia social en niños y adolescentes.

Su objetivo es poder enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de la ansiedad no deseada y poder utilizar los mismos para el uso de estrategias de manejo de ansiedad.

El programa “El Gato Valiente” se encuentra dividido en dos partes. La primera parte consta de ocho sesiones que conforman el segmento de entrenamiento del niño. La segunda parte está destinada a técnicas de exposición, es decir, a la práctica. Durante el segmento de entrenamiento se trabaja con el niño en el reconocimiento de las reacciones corporales, las emociones y las reacciones específicas de la ansiedad. En segundo lugar, se les entrena para aprender a reconocer y modificar su “diálogo interno” ansioso. En tercer lugar, se presenta ante el niño la posibilidad de modificar su diálogo interno ansioso por un diálogo interno de afrontamiento y el desarrollo de planes para afrontar su ansiedad de manera más efectiva en distintas situaciones. En cuarto lugar, dentro del entrenamiento tiene como función que el niño logre realizar auto evaluaciones y recompensas por sus éxitos, incluso cuando éstos sean parciales. (Kendall, 2006).

Kendall (1992) en el programa terapéutico el Gato valiente, sintetizó el acrónimo FEAR (TEMOR), como manera de recordatorio para el paciente, las habilidades requeridas al afrontar una situación estresante:

- ¿Tienes miedo?: El niño debe reconocer los síntomas físicos de ansiedad.

- **¿Esperas que pase algo Malo?:** El niño debe reconocer los diálogos internos atemorizantes y que le preocupan.
- **Operaciones que ayudan (actitudes y acciones):** El niño debe poder reconocer las conductas y enunciados de afrontamiento, basados en la resolución de problemas que podría implementar en las situaciones que le generan ansiedad.
- **Resultados y recompensas:** El niño realiza una autoevaluación de acuerdo al esfuerzo realizado y al refuerzo contingente.

La segunda parte del tratamiento según Kendall (2010), consiste en que el niño pueda aplicar los nuevos conocimientos y habilidades en situaciones que le provoquen cada vez mayor ansiedad. Finalmente, se concluye el tratamiento en la última sesión donde el niño mediante la filmación de un comercial, realización de un cuento, dibujo o actividad que le parezca interesante, logre compartir y demostrar lo que ha aprendido durante todo el tratamiento.

De acuerdo con Kendall (2006), durante todo el tratamiento, deben tenerse en cuenta algunos componentes fundamentales que el terapeuta en su rol de “entrenador” debe enseñarle al niño para poder guiarlo durante la práctica.

Estos componentes son explicados por Bunge, Gomar y Mandil (2010):

Psicoeducación: Hace referencia a la posibilidad de que el niño logre distinguir las primeras señales de ansiedad para saber cómo y cuándo aplicar los mecanismos de autocontrol. Además, tiene como objetivo mostrarle al niño que la ansiedad es una

emoción útil que requiere un manejo y no su eliminación. Para trabajarlo durante el tratamiento, se comienza con la identificación de sentimientos por parte del niño, para luego pasar a trabajar sobre conversaciones más específicas sobre las distintas señales somáticas que se presentan a causa de la ansiedad. Una vez que los niños aprenden a detectarlas y son capaces de diferenciarlas de otras reacciones, pueden reconocer cuándo usar una nueva habilidad, como por ejemplo técnicas de Respiración, o aplicar habilidades de afrontamiento que serán aprendidas a lo largo del tratamiento. Relajación y Manejo somático: Los ejercicios de relajación le permiten al niño aumentar el reconocimiento de las diferentes sensaciones afectivas mediante el incremento de su propio cuerpo. Cuando los niños evocan sentimientos de ansiedad como de relajación a través de la respiración, permite diferenciar la tensión de la relajación en los músculos del cuerpo y facilita al niño la posibilidad de manejar aquellas situaciones que antes le resultaban desconcertantes e inmanejables. Manejo y Restructuración cognitiva: El objetivo es enseñarle a los niños o jóvenes a cerca de las auto-verbalizaciones ansiosas para que logren reconocer sus patrones de pensamiento individual, ayudarlos a entender que es posible la modificación de las mismas y también su restructuración. Resolución de problemas: El objetivo consiste en que el niño tome un rol activo dentro del proceso afrontamiento del problema. En primer lugar, como manifiestan Bunge, Gomar y Mandil (2010), lo importante es que el niño reconozca cuál es el problema. Luego, una vez identificado, se deben pensar posibles soluciones a las formas de afrontamiento del mismo y también evaluar cada una de ellas. Finalmente, se deben probar con el niño las posibles soluciones. Exposición a

situaciones que provocan ansiedad: La exposición es frecuentemente considerada el componente más importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Las tareas de exposición son experiencias sistemáticas con situaciones temidas en las que se les brinda a los niños la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Además, ayudan al niño a distinguir entre el peligro real y el peligro percibido o imaginario a través de la experiencia directa. Dentro del Programa “El Gato Valiente”, el terapeuta junto con el niño, adquieren un rol activo en la planificación y realización de las tareas de exposición. También, se considera que la práctica repetida le otorga el niño o joven la posibilidad de construir un repertorio de experiencias exitosas en situaciones que le provocaban ansiedad, haciendo más difícil que en el futuro olvide las experiencias exitosas y así sea más fácil que se generen pensamientos de afrontamiento útiles. (Kendall, 2006).

Continuando con las tareas de exposición, Kendall (1992), plantea que existen dos tipos de exposiciones, las imaginarias y las reales. Las primeras, apuntan al juego de rol entre el niño y el terapeuta frente a una situación temida. Las segundas, consisten en la exposición en vivo frente a los estímulos o situaciones que son generadoras de ansiedad o temor en el niño y soportar el malestar hasta que se logre una disminución de la ansiedad. Prevención de recaídas: En esta fase se refuerza junto con el niño los logros alcanzados y se anticipan posibles altibajos revisando las estrategias implementadas para sortear los obstáculos en el futuro.

Kendall (2006), destaca que el Programa “El Gato Valiente” provee un marco general que permite organizar las estrategias y objetivos a alcanzar durante el transcurso del

tratamiento. Además agregan, que su aplicación flexible y creativa permite que se adapte a las particularidades de cada paciente y sus contextos, lo cual incrementa las probabilidades de mejoría. Finalmente, Kosovsky y Kendall (2010), agregan que el programa ha sido evaluado en numerosos ensayos clínicos y los resultados han sido favorables aportando evidencia de la permanencia de los beneficios obtenidos.

Kendall (2000), afirmó que el pensamiento de los niños ansiosos sobre sí mismos y el mundo, suele manifestarse como cogniciones desadaptativas, incluyendo temores de ser lastimados o heridos, pensamientos auto críticos y de peligro o amenaza. El objetivo de los tratamientos cognitivos en niños, no consiste en reemplazar sus pensamientos por pensamientos positivos, sino en ayudarlos a identificar y cuestionar su pensamiento negativo. Lo que él mismo llama: "el poder de no pensar negativamente" (Kendall, 1984).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Planteamiento del problema

Como señala Spielberger (1966), la ansiedad es una respuesta normal frente a situaciones que causan miedo. La ansiedad oscila desde una respuesta adaptativa hasta la ansiedad patológica. Es importante distinguir entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad estado) y otra que es parte de la personalidad y que es estable en la persona a través del tiempo (ansiedad rasgo).

Rapee (2006), refiere que es común que los trastornos de ansiedad aparezcan en un contexto de inhibición temperamental o timidez. Sin embargo, es difícil determinar el momento exacto en que un trastorno de ansiedad comienza, así mismo, es una de las formas más estable de psicopatología que muestra poca remisión.

La prevalencia podría representar un problema de salud significativo en la población infante – juvenil, siendo variable entre diferentes países y estudios, en algunos de ellos se afirma que aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad (Canino et al, 2004). La presencia de síntomas de ansiedad en la infancia puede predecir el posterior desarrollo de un trastorno de ansiedad (Dadds et al, 1997).

En los últimos años se ha incrementado el interés por la posibilidad de realizar intervenciones tempranas y de prevención. Los niños son una población vulnerable y poseen un riesgo más elevado de desarrollar ansiedad en el futuro, por lo tanto, enseñarles habilidades de manejo de la ansiedad proporciona una alternativa clara de prevención.

Los niños ansiosos también se encuentran en mayor riesgo de desarrollar otros trastornos durante la adolescencia y la edad adulta. Estudios longitudinales han demostrado que los niños ansiosos tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir trastornos de ansiedad y del ánimo en la adolescencia así como trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, y suicidio en la adultez. (Pine et al, 1998).

La Terapia Cognitiva Conductual es una intervención en la que se le enseña al niño habilidades de afrontamiento adaptativo que le permitan desarrollar un sentido de control sobre los síntomas de ansiedad. Esta terapia emplea una serie de estrategias de intervención, que incluyen psicoeducación a los niños y a los padres, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, modalidades de exposición y prevención de recaídas, proporciona herramientas al niño para que pueda manejar los síntomas de ansiedad y conocer si el programa de intervención que se aplicara contribuye a disminuir los niveles de ansiedad. Por lo que surge el siguiente planteamiento de problema: **¿Existirá diferencia en los niveles de ansiedad de los niños antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico Brief Coping Cat?**

2.2 Objetivos de la Investigación

2.2.1 Objetivo General

Evaluar la efectividad del programa terapéutico Brief Coping Cat para disminuir los síntomas de ansiedad, en niños de siete a doce años.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Medir los niveles de ansiedad de los niños a través de la prueba CMAS- R en la escala de ansiedad total; en las subescalas de: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración.
2. Analizar los niveles de ansiedad que presentan los niños que participan en el programa terapéutico Brief Coping Cat.
3. Orientar a los niños que participan en el programa terapéutico sobre cómo lidiar con los síntomas de la ansiedad.
4. Orientar a los padres de los niños que participan en el programa terapéutico a prevenir recaídas.
5. Comparar los resultados del pre-test y el post-test de la prueba CMAS-R.

2.3 Preguntas de investigación

1. ¿Qué emociones y pensamientos se pueden experimentar frente a los síntomas de ansiedad?
2. ¿Qué conductas se presentan en los niños con ansiedad?
3. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad que presentan los niños en el pre-test y en el pos-test?
4. ¿Qué cambios proporciona el programa de intervención psicológica en el manejo de la ansiedad
5. ¿Existe diferencia en los niveles de ansiedad en el pre-test y en el pos-test después de la aplicación del programa Brief Coping Cat?
6. ¿Contribuye la intervención Psicológica: Programa terapéutico Brief Coping Cat enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños a la reducción de los síntomas de ansiedad?

2.4 Hipótesis de la Investigación

2.4.1 Hipótesis Conceptual

Los niños que reciban el tratamiento basado en la Terapia Brief Coping Cat obtendrán una disminución significativa en los síntomas de ansiedad al adquirido antes del inicio del tratamiento.

2.4.2 Hipótesis Experimental y Estadística.

Hipótesis N°1

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test la Escala Ansiedad Total de la prueba de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_0: \bar{X}_{ATpretest} = \bar{X}_{ATposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la Escala Ansiedad Total de la prueba de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_1: \bar{X}_{ATpretest} \neq \bar{X}_{ATposttest}$$

Hipótesis N° 2

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala de ansiedad Fisiológica de la prueba de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_0: \bar{X}_{AFpretest} = \bar{X}_{AFposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala Ansiedad Fisiológica de la subescala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_1: \bar{X}_{AFpretest} \neq \bar{X}_{AFposttest}$$

Hipótesis N° 3

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala inquietud/hipersensibilidad de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_0: \bar{X}_{IHpretest} = \bar{X}_{IHposttest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala inquietud/hipersensibilidad de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_1: \bar{X}_{IHpretest} \neq \bar{X}_{IHposttest}$$

Hipótesis N°4

H₀: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala preocupaciones sociales/concentración de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_0: \bar{X}_{PSCpretest} = \bar{X}_{PSCpostest}$$

H₁: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre-test y el post-test de la subescala preocupaciones sociales/concentración de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R una vez finalizado el programa de intervención.

$$H_1: \bar{X}_{PSCpretest} \neq \bar{X}_{PSCpostest}$$

2.5 Tipo de Investigación

El tipo de estudio fue de tipo **explicativo**, los estudios explicativos son más estructurados que los demás estudios y de hecho implican los propósitos de ellas (exploración, descripción y correlación), además de que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia. Se analizan causa-efecto de la relación entre variables. (Sampieri et al, 2010).

2.5.1 Diseño de Investigación

En cuanto **al diseño de la investigación** corresponde al **Cuasi-experimental** de grupo único con pre-test y post-test. Este tipo de diseño se utiliza cuando los sujetos o grupos de sujetos del estudio no están asignados aleatoriamente.

El grupo de tratamiento sirvió como propio grupo control. Es decir, se da la aplicación del pre-test antes del programa de intervención psicológica, luego se da la aplicación del tratamiento de intervención psicológico y después se realiza la aplicación del post-test; para comprobar si funcionó o no el tratamiento aplicado. El grupo mismo en si es su propio grupo control:

Tabla 4.

Diseño de investigación cuasiexperimental grupo único de pre-test y pos-test

Cantidad de Grupo	Asignación Aleatoria	Secuencia de registro		
		Pre-test	Tratamiento	Post-test
<i>G 1</i>	<i>No Existe</i>	<i>01</i>	<i>X</i>	<i>02</i>

Fuente: Elaboración propia

Según Pedhazur y Schmelkin (1991), los cuasi-experimentos son investigaciones que poseen todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente a los grupos. En ausencia de aleatorización, el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que afectan a la variable dependiente.

Hedrick et al. (1993), los diseños cuasi-experimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más

variables. Por lo que cuando la asignación aleatoria es imposible, los cuasi-experimentos permiten estimar los impactos del tratamiento o programa, dependiendo de si llega a establecer una base de comparación apropiada.

2.6 Población y selección de muestra

2.6.1 Población

La población estuvo conformada por niños entre 7 - 12 años de edad que residen en el área de Las Cumbres y que asisten a los talleres de Ballet y taekwondo que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz y que obtuvieron puntajes de 41 ó más en la prueba CMAS-R.

2.6.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 3 varones y 4 niñas con edades entre 9 y 12 años de edad.

Los participantes de la investigación al momento del programa de intervención presentaban las siguientes situaciones:

- Los siete participantes han tenido recientemente cambios de escuela.
- Cuatro de los participantes han tenido una pérdida reciente: dos perdieron a su abuela hace dos meses y dos perdieron a su tío hace tres meses.
- Cinco de los participantes de la investigación sus padres están separados.

El tipo de muestreo empleado para esta investigación fue **No probabilístico Intencional o Dirigido**, debido a que los sujetos fueron seleccionados bajo criterios de inclusión y

exclusión propios de la investigación. Este tipo de muestreo busca la representatividad de la población extraída, sustentada en la intención particular del investigador (Sánchez y Reyes, 2018), eligiéndose a los participantes en función al acceso que la investigadora tendrá de los mismos. La muestra no se selecciona por aleatorización, es escogida por conveniencia y no habrá grupo de comparación (Sampieri, 2010), porque el mismo grupo se midió en dos ocasiones: antes de la aplicación del tratamiento y después de la aplicación del tratamiento.

Criterios de Inclusión:

- Todos los niños que acepten participar en la investigación.
- El padre o madre debe haber firmado el consentimiento informado
- El niño o niña debe haber firmado el consentimiento informado
- Tener entre 7 a 12 años.
- No presentar otros trastornos psicológicos o psiquiátricos.
- Disposición de querer participar en la investigación
- Saber leer y escribir.
- Niño que resida en el área de Las Cumbres.
- Asistir a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz: taekwondo o ballet.
- Puntuar 41 ó más en la escala del índice total de ansiedad total de la prueba CMAS-R

Criterios de Exclusión:

- Padre o madre que no firme el consentimiento informado.
- El niño o niña que no firme el consentimiento informado
- Participante que no asista al primer día de aplicación de los instrumentos.
- Niño con Discapacidad Intelectual
- Todos los niños que no acepten participar en la investigación.
- Tener 6 años o menos de edad.
- Tener 13 años o más.
- No saber leer y escribir.
- Niño que no resida en el área de Las Cumbres
- No asistir a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz: taekwondo o ballet.

Criterios de Eliminación:

- Niño/a que no participe en uno de los procesos de aplicación de las pruebas, sea pre-test o post-test.
- Niño/a que participe en menos de 8 sesiones
- Niño/a que falte a 3 sesiones o más.

2.7 Definición de las Variables

- **Independiente: Tratamiento de Terapia Cognitiva Conductual**
- **Dependiente: Ansiedad**

2.7.1 Variable Independiente:

Terapia Cognitiva Conductual

Definición Conceptual

La Terapia Cognitiva Conductual enseña a manejar la ansiedad que puede dar lugar a los ataques de pánico, ayuda a comprender el modo de pensar y actuar cuando se está angustiado, es un tratamiento eficaz. (Kendall, 2008).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. La relación entre el paciente y el terapeuta es cercana: el terapeuta orienta al paciente en el entrenamiento y adquisición de nuevas habilidades sociales: «Se centra en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual» (Luterek, Eng y Heimberg, 2003).

Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, entre otras. (Gabalda, 2007)

Definición Operacional

La intervención que se realizó estuvo basada en el programa de entrenamiento cognitivo-conductual para niños con ansiedad. Titulado: *Brief Coping Cat* (BCBT) o “El Gato Valiente” (Kendall y Kosovsky, 2010), la versión adaptada por Olga Santesteban-Echarri y colaboradores (2013).

El programa de terapia Grupal para niños con Ansiedad *Brief Coping Cat* (BCBT) constó de 10 sesiones en total: la primera sesión fue la de presentación del programa y la aplicación del pre-test; desde la segunda hasta la novena sesión se realizaron las sesiones terapéuticas del programa; y la sesión décima fue la sesión de cierre y evaluación final, aplicándoles el post-test.

Es importante resaltar que en el programa las sesiones fueron grupales y presenciales y se llevaron a cabo en el mismo horario y día, con una sesión semanal. Con una duración de 1 horas cada sesión.

2.7.2 Variable Dependiente

Ansiedad

Definición Conceptual

Según Spielberger y Díaz – Guerrero (1975), la ansiedad es la intensidad o estado emocional transitorio de un individuo como respuesta ante un estímulo, caracterizado por sentimientos de tensión y aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Definición Operacional

La ansiedad fue medida a través de la prueba CMAS-R, diseñada por Cecil B. Reynold y Bert O. Richmond (1997). Esta prueba consta de un índice de ansiedad total, además que ofrece cuatro calificaciones adicionales, las cuales corresponden a las siguientes subescalas: subescala ansiedad fisiológica, subescala inquietud/hipersensibilidad, subescala preocupaciones sociales/concentración, subescala de mentira.

Esta prueba es un instrumento de auto informe diseñado para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Se le pide al individuo que responda a cada afirmación con "Sí" o "No". La puntuación conduce a un índice de ansiedad total. (Reynold y Richmond, 1997).

2.8 Instrumentos de medición

- Entrevista clínica:

Antes de la aplicación de los instrumentos para verificar los síntomas de ansiedad se les realizó una entrevista individual junto con los padres de cada niño, la cual contenían sus datos generales, situación actual y familiar, signos y síntomas del niño, etc.

- **Descripción de la prueba CMAS-R**

Tabla 5.

CMAS-R (escala de ansiedad manifiesta en niños-revisada)

Autor	C. B. Reynold y B. O. Richmond
Objetivos	Identificar el nivel y naturaleza de la ansiedad crónica.
Historia	Instrumento de auto informe diseñado para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Se pide al individuo que responda a cada afirmación con "Sí" o "No". La puntuación conduce a un índice de Ansiedad total
Aplicación	Niños y adolescentes (6 a 19 años)
Administración	Colectiva o individual
Duración	15 minutos
Significación	Se trata de un Cuestionario autoaplicable diseñado para determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y 17 años de edad. La totalidad de las puntuaciones dan el Índice de Ansiedad Total pero también proporcionan cuatro calificaciones adicionales: Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, Preocupaciones sociales /concentración y finalmente una subescala de Falsedad/mentira. Muy útil en la evaluación de niños /adolescentes con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, drogodependencias, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, etc. Baremos originales americanos y también de población uruguaya (6 a 19 años, Varones y Mujeres, uno de cada grupo de edad y sexo).
Composición	Manual. Cuestionario. Plantilla de calificación
Utilidad	La escala es útil para psicólogos que atienden niños con estrés académico, ansiedad ante los exámenes escolares, conflictos familiares o de farmacodependencia
Ventajas de la prueba	Proporciona una puntuación total de ansiedad, una escala de mentira, al igual que escalas factoriales individuales para subcomponentes de ansiedad.
Confiabilidad	Confiabilidad K20= 0.83 Alfa de Cronbach=0.80
Validez	De contenido, constructo y criterio

Fuente: Reynold y Richmond, CMAS-R (1997).

El cuestionario de ansiedad, fue elaborado por Reynolds y Richmond en el año de 1997. Este cuestionario consta de 37 reactivos y tiene cuatro puntuaciones de subescalas y una escala de ansiedad total. Ansiedad fisiológica (alfa= 0,70), inquietud- hipersensibilidad (alfa= 0,75), preocupaciones sociales (alfa = 0,71), además de la ansiedad total (Alfa de Cronbach=0.80).

Esta prueba busca evaluar la ansiedad en niños y adolescentes considerando diferentes aspectos, tales como: ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones sociales/concentración, además cuenta con una puntuación total obtenida de la sumatoria de los totales de las escalas mencionadas. De las 37 afirmaciones, 28 corresponden a conductas relacionadas con la ansiedad, y 9 a una subescala de sinceridad, enfocadas en conductas socialmente aceptables. El evaluado debe responder si la conducta que se presenta en el enunciado corresponde con su comportamiento en una escala dicotómica (Sí/No). (Reynold y Richmond, 1997).

Distribución de ítems

La subescala de *Ansiedad Fisiológica* esta asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga. Índice de expresión del niño hacia las manifestaciones físicas o fisiológicas que se expresan durante la ansiedad (Reynold y Richmond, 1997). Está compuesta por los reactivos 10 reactivos:

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones
2. Siento que me falta el aire

3. Me enfado con mucha facilidad
4. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a)
5. Siento asco o nauseas
6. Me sudan las manos
7. Me canso mucho
8. Tengo pesadillas
9. Me despierto asustado
10. Me muevo mucho en mi asiento

La subescala de *Inquietud/hipersensibilidad* esta asociada con una preocupación acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las causas son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional (Reynold y Richmond, 1997). La componen 11 reactivos:

1. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero
2. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)
3. Varias cosas me dan miedo
4. Me preocupa lo que mis padres me vayan a decir
5. Me preocupa lo que la gente piense de mi
6. Soy muy sentimental
7. Me preocupa el futuro
8. Me siento muy mal cuando se enfadan conmigo
9. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir

10. Soy muy nervioso (a)

11. Me preocupa que algo malo me pase

La subescala de *Preocupaciones sociales/concentración* se ocupa de los pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención (Reynold y Richmond, 1997). Está conformada por 7 reactivos:

1. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mi
2. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas
3. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)
4. Los demás son más felices que yo
5. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
6. Me cuesta trabajo concentrarme en mis deberes escolares
7. Muchas personas están en contra de mi

Escala de *Mentiras* hace referencia a conductas socialmente aceptadas, a las que se esperaría una respuesta negativa como medida de sinceridad (Reynold y Richmond, 1997). La componen los ítems 9 reactivos:

1. Todas las personas que conozco me caen bien
2. Soy amable
3. Me porto bien la mayor parte del tiempo

4. Soy bueno(a)
5. Soy agradable con todos
6. Digo la verdad todo el tiempo
7. No me enfado
8. Digo cosas que no debo decir
9. Evito decir mentiras

Las puntuaciones T permiten realizar comparaciones entre distintos grupos y expresar la posición de las puntuaciones directas en relación al grupo y la distancia entre las mismas.

La escala del Índice de ansiedad total de la prueba CMAS-R posee una Media de 50 y una desviación estándar de 10.

Para las subescalas de: Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, Preocupaciones sociales /concentración y Falsedad/mentira, la prueba tiene una Media de 10 y Desviación estándar es de 3. Como se muestra a continuación en la tabla 6 y tabla 7.

Tabla 6.

Categorías de la escala del Índice de ansiedad total de la prueba CMAS-R

Nivel	Puntaje T
Baja	40 ó menos
Media	41-60
Alta/significativa	61 ó más
Media de 50	
Desviación estándar de 10	
Fuente: CMAS-R (1997).	

Tabla 7.

Categorías de las subescalas de la prueba CMAS-R

Nivel	Puntaje T
Baja	6 ó menos
Media	7 - 13
Alta/significativa	14 ó más
Media de 10	
Desviación estándar de 3	
Fuente: CMAS-R (1997).	

2.9 Estadística a utilizar

Para procesar los datos se recurrió al análisis estadístico descriptivo e inferencial. Los programas que se utilizaron para la captura, codificación y demostración de los datos obtenidos en el pre-test y el post-test fueron Microsoft Excel e IBM SPSS Statistics 20.

Se le llama Estadística Descriptiva a la parte de la estadística que se encarga de recolectar, organizar, resumir y presentar datos numéricos a través de la elaboración de tablas, gráficos y cálculo de parámetros correspondientes con el fin de hacer una descripción de los datos.

Se consideraron la técnica de la estadística descriptiva para el cálculo de los datos: la media aritmética, desviación estándar, varianza, porcentajes, rangos, frecuencias. Además de métodos de tablas y gráficos como: columna, barra, pasteles, entre otras.

Los resultados obtenidos fueron descritos a través de tablas y gráficos para cada una de las subescalas de la prueba que fueron analizados: escala de índice de ansiedad total, subescala ansiedad fisiológica, subescala inquietud/hipersensibilidad.

En cuanto a la estadística inferencial es la que se utiliza para la comprobación de las hipótesis y estimación de los parámetros de la investigación.

Para el tratamiento de los datos se analizaron el pre-test y se le hicieron sus respectivas estadísticas, de igual manera se hizo lo mismo con los datos del post-test. Se compararon los datos del pre-test y del post-test y luego se procedió a realizar un análisis estadístico inferencial y contrastar las hipótesis establecidas en el estudio a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, la cual es una prueba no paramétrica utilizada para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Esta prueba estadística se utiliza como alternativa a la prueba t de Student cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras. La misma debe su nombre a Frank Wilcoxon, que la publicó en 1945.

Para las comparaciones pre-test y post-test, los resultados se organizaron en tablas y gráficas que facilitaran la descripción y las comparaciones de los mismos. El nivel alfa establecido para los análisis comparativos fue de 0,05.

Tabla 8.

Cuadro comparativo para el análisis estadístico

Pre-test	Post-test
Ansiedad fisiológica	Ansiedad fisiológica
Inquietud/hipersensibilidad	Inquietud/hipersensibilidad
Preocupaciones sociales /concentración	Preocupaciones sociales /concentración
Falsedad/mentira.	Falsedad/mentira.
Escala de Índice de Ansiedad Total	Escala de Índice de Ansiedad Total
Pre-test vs Post-test	
Ansiedad fisiológica	
Inquietud/hipersensibilidad	
Preocupaciones sociales /concentración	
Falsedad/mentira.	
Escala de Índice de Ansiedad Total	
Comprobación de Hipótesis	
Efectividad del programa	
Fuente: Elaboración propia	

2.10 Procedimientos de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación, se procedió a especificar los parámetros teóricos y metodológicos sobre los cuales descanso el estudio.

- Una vez aprobada la primera etapa del proyecto, se solicitó el permiso y apoyo a los de los tutores legales del niño/a y de los mismos participantes para la aplicación de los instrumentos a las personas que participaron en la investigación.

- El siguiente paso fue seleccionar la muestra de personas que incluía niños y niñas entre 7 y 12 años de edad que residen en el área de Las Cumbres y que asisten a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz, para aplicarles los instrumentos medición o pruebas psicológicas y así poder medir las variables señaladas.
- Se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición. En donde se les explicó a los participantes de la investigación, las respectivas instrucciones sobre el procedimiento para contestar las pruebas pertinentes.
- Para cuidar la identidad de los participantes, se le asignó a cada uno un número al azar en lugar de colocar sus nombres. Por lo que se garantizó la estricta confidencialidad de los datos que se presentan en el estudio.
- Se les entregó un consentimiento informado tanto a los acudientes de los participantes del programa como a los niños y niñas que participaron en el programa para que dieran su consentimiento de participación en el mismo.
- Después se realizó el análisis de los datos para los cuales se utilizaron tablas, gráficas, estadística descriptiva e inferencial.
- Finalmente, la última etapa del proyecto fue la de presentar los resultados y conclusiones obtenidas, para exponerlas frente el jurado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Resultados

Los resultados de esta investigación fueron obtenidos de una muestra de siete niños entre nueve y doce años de edad que residen en el área de Ciudad Bolívar y que asisten a los talleres que se realizan en la junta comunal. Los resultados correspondientes a la escala de ansiedad se presentan en tablas, en las que se reflejan las frecuencias y los porcentajes correspondientes a los datos de cada subescala. Con el objetivo de facilitar la interpretación de los resultados se han utilizado gráficas.

Se utilizó la prueba de Wilcoxon para el análisis de los resultados de la estadística inferencial. Este estadístico es usado para hacer pruebas de hipótesis acerca de la mediana.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las mediciones del pre-test y post-test; la prueba que se utilizó fue la prueba CMAS-R. Esta prueba consta de un índice de ansiedad total, además ofrece también cuatro puntuaciones adicionales que son: subescala de ansiedad fisiológica, subescala de inquietud/hipersensibilidad, subescala de preocupaciones sociales/concentración, subescala de mentira.

La población cumplía con los criterios de inclusión definidos para esta investigación: El padre o madre debía haber firmado el consentimiento informado, tener entre 7 y 12 años, no presentar trastornos psicológicos o psiquiátricos, disposición de querer participar en la investigación, saber leer y escribir, residir en el área de Las Cumbres, asistir a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz: taekwondo o ballet, puntuar 41 ó más en la puntuación T de la escala del índice de ansiedad total de la prueba CMAS-R.

3.1 Descriptivos

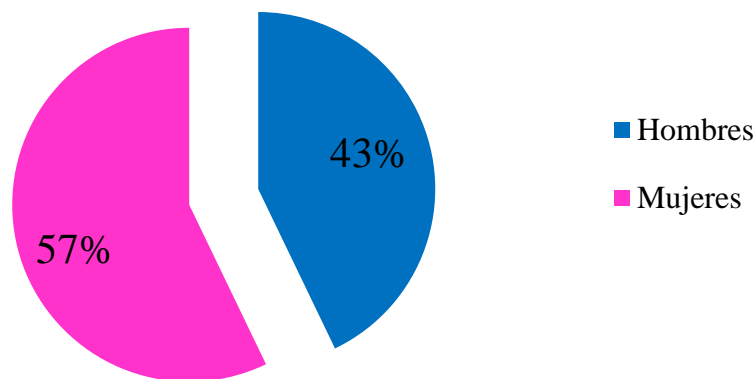
Tabla 9

Descripción de la muestra de acuerdo al sexo.

De la muestra original, se produjo una mortalidad experimental de dos sujetos. El número total de participantes que completaron el programa fue de siete niños, tal como se describe en la tabla 9, a continuación:

Sexo	Frecuencia	%
Hombres	3	43%
Mujeres	4	57%
TOTAL	7	100%

Fuente: Elaboración propia



Gráfica 1. *Descripción de la muestra de acuerdo al sexo*

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 1, se puede observar que la muestra estuvo conformada siete niños, de los cuales tres eran del sexo masculino, representando el 43% de la muestra; cuatro eran del sexo femenino, representando el 57% de la muestra.

Tabla 10.

Aspectos descriptivos de la muestra de acuerdo al sexo, edad, nivel académico, tratamiento psicológico, lugar de residencia, escolaridad de la acudiente, cantidad de hermanos.

Participante	Sexo	Edad	Grado	Tratamiento Psicológico	Lugar de Residencia	Escolaridad del acudiente	Cant. de Hnos.
1	M	12	7°mo grado	No	Amanecer	Universitario	1
2	F	9	5°to grado	No	Amanecer	6to año	1
3	F	12	7°mo grado	No	Amanecer	Universitario	2
4	M	12	7°mo grado	No	Amanecer	6to año	3
5	F	9	4°to grado	No	Amanecer	Universitario	2
6	M	10	5°to grado	No	Amanecer	6to año	1
7	F	12	7°mo grado	NO	Amanecer	Universitario	3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10, se describe los aspectos descriptivos de la muestra de acuerdo al sexo, edad, nivel académico, tratamiento psicológico, lugar de residencia, escolaridad del acudiente, cantidad de hermanos de la muestra.

Las edades de los sujetos fueron entre los nueve y doce años de edad. De los cuales dos tenían nueve años, un niño tenía diez años, cuatro eran preadolescentes y tenían doce años de edad. Todos los participantes de este estudio residen en el área del amanecer en Ciudad Bolívar, ubicado en Las Cumbres. De los sujetos que participaron en la investigación, el 100% de ellos no estaba recibiendo ningún tratamiento psicológico al momento de participar en programa de intervención ni tomando medicamentos.

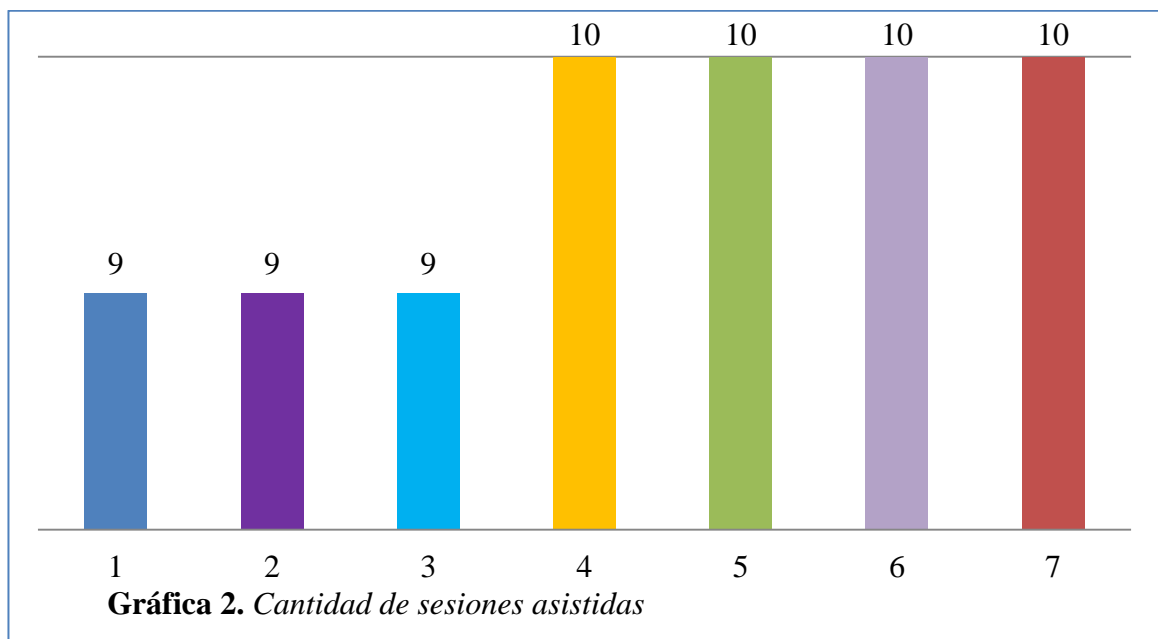
Con referente al grado escolar que están cursando, la tabla muestra que un niño está en 4to grado, dos niños están cursando el 5to grado y cuatro preadolescentes están en 7mo grado. De los acudientes de los niños, las madres de tres de los participantes concluyeron la secundaria y cuatro de las madres alcanzaron el nivel universitario.

Tabla 11.

Asistencia a las sesiones

Participantes	Pre	1	2	3	4	5	6	7	8	Post
1	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: Datos de la asistencia a las sesiones terapéuticas del programa Brief Coping Cat, 2019



Gráfica 2. *Cantidad de sesiones asistidas*

Fuente: Datos de la asistencia a las sesiones terapéuticas del programa Brief Coping Cat, 2019

En el gráfico 2. Se describe las cantidades de sesiones asistidas. De los cuales, cuatro participantes asistieron a las 10 sesiones y tres asistieron a 9. Estas sesiones incluían: Pre-test, ocho sesiones de intervención y post-test.

Tabla 12.

Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la escala de índice de ansiedad total

Escala de índice de ansiedad total							
Participante	Sexo	Pre-test			Post-test		
		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	M	12	60	52	9	43	48
2	F	7	18	41	4	9	36
3	F	18	76	57	15	63	53
4	M	25	98	71	20	92	64
5	F	13	53	51	10	32	45
6	M	12	60	52	10	32	24
7	F	22	92	64	17	73	56

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de la escala de índice de ansiedad total

En la Tabla 12, se describen las puntuaciones obtenidas en el pre-test y en el post-test de la escala de ansiedad total.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12, un percentil de 60 y una puntuación T de 52; en el post-test obtuvo un puntaje de 9, un percentil de 43 y una puntuación T de 48.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7, un percentil de 18 y una puntuación T de 41; en el post-test obtuvo un puntaje de 4, un percentil de 9 y una puntuación T de 36.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 18, un percentil de 76 y una puntuación T de 57; en el post-test obtuvo un puntaje de 15, un percentil de 63 y una puntuación T de 53.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 25, un percentil de 98 y una puntuación T de 71; en el post-test obtuvo un puntaje de 20, un percentil de 92 y una puntuación T de 64.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 13, un percentil de 53 y una puntuación T de 51; en el post-test obtuvo un puntaje de 10, un percentil de 32 y una puntuación T de 45.

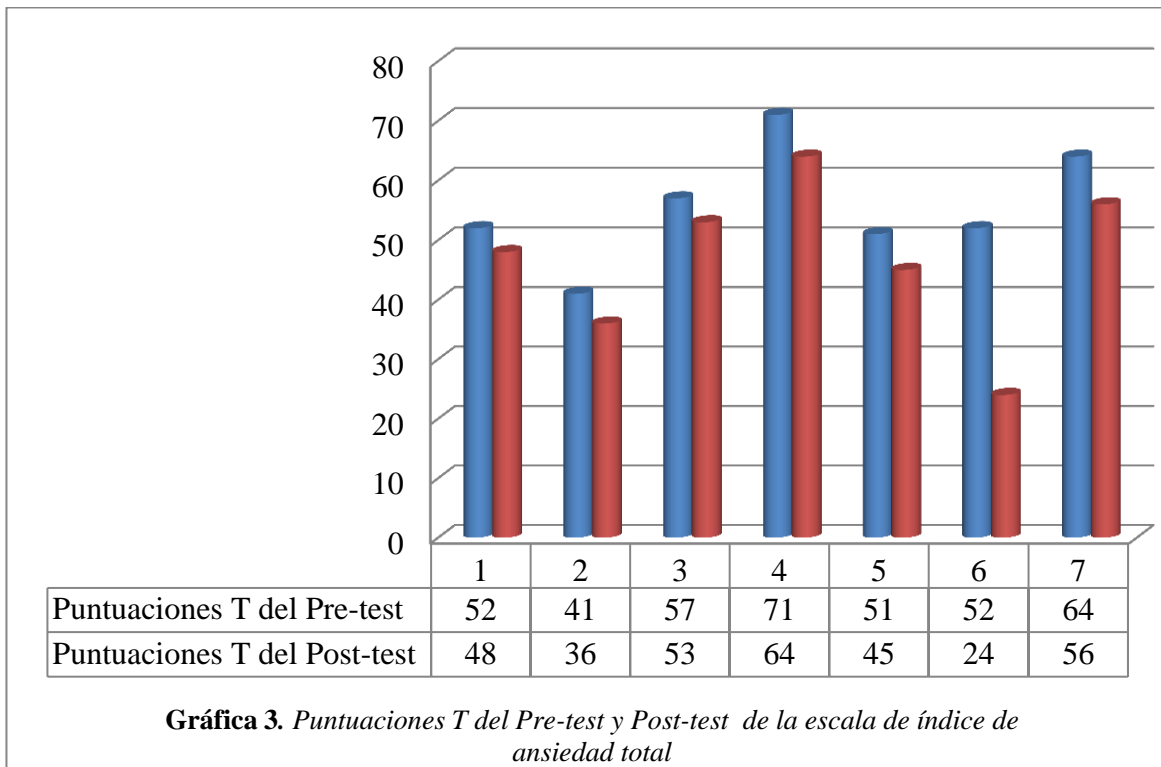
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 12, un percentil de 60 y una puntuación T de 52; en el post-test obtuvo un puntaje de 10, un percentil de 32 y una puntuación T de 24.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 22, un percentil de 92 y una puntuación T de 64; en el post-test obtuvo un puntaje de 17, un percentil de 73 y una puntuación T de 56.

La escala del Índice de ansiedad total de la prueba CMAS-R posee una Media de 50 y una desviación estándar de 10. En los puntajes T del pre-test, observamos que 5 de los participantes quedaron dentro de la categoría de ansiedad Media, y representan el 71% de la muestra; 2 de los participantes quedaron dentro de la categoría alta y representan el 29% de la muestra.

Por otro lado, en el post-test, 2 de los participantes cayeron dentro de la categoría baja y representan el 29% de la muestra; 4 participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 57% de la muestra; 1 participante quedó dentro de la categoría Alta y representa el 14%.

Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad total en los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica.



Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de la escala de índice de ansiedad total

El gráfico 3, presenta los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test de la escala **de ansiedad total**. En donde, el sujeto 1 obtuvo una T de 52 en el pre-test y 48 en el post-test; el sujeto 2 obtuvo una T de 41 en el pre-test y 36 en el post-test; el sujeto 3 obtuvo una T de 57 en el pre-test y 53 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo una T de 71 en el pre-test y 74 en el post-test; el sujeto 5 obtuvo una T de 51 en el pre-test y 45 en el post-test; el sujeto 6 obtuvo una T de 52 en el pre-test y 24 en el post-test: y el sujeto 7 obtuvo una T de 64 en el pre-test y 56 en el post-test. Se puede concluir que hubo disminución en los puntajes del post-test en la ansiedad total después de la aplicación de la intervención realizada.

Tabla 13.

Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de ansiedad fisiológica

Participante	Sexo	Pre-test			Post-test		
		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	M	4	56	10	2	28	8
2	F	1	6	5	1	6	5
3	F	6	75	12	4	53	10
4	M	9	99	16	6	82	12
5	F	4	51	10	2	13	6
6	M	4	56	10	2	17	2
7	F	6	75	12	4	53	10

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de ansiedad fisiológica

En la Tabla 13, se describen las puntuaciones del pre-test y del post-test de la subescala de ansiedad fisiológica.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 56 y una puntuación T de 10; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 28 y una puntuación T de 8.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 1, un percentil de 6 y una puntuación T de 5; en el post-test obtuvo un puntaje de 1, un percentil de 6 y una puntuación T de 5.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6, un percentil de 75 y una puntuación T de 12; en el post-test obtuvo un puntaje de 4, un percentil de 53 y una puntuación T de 10.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9, un percentil de 99 y una puntuación T de 16; en el post-test obtuvo un puntaje de 6, un percentil de 82 y una puntuación T de 12.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 51 y una puntuación T de 10; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 13 y una puntuación T de 6.

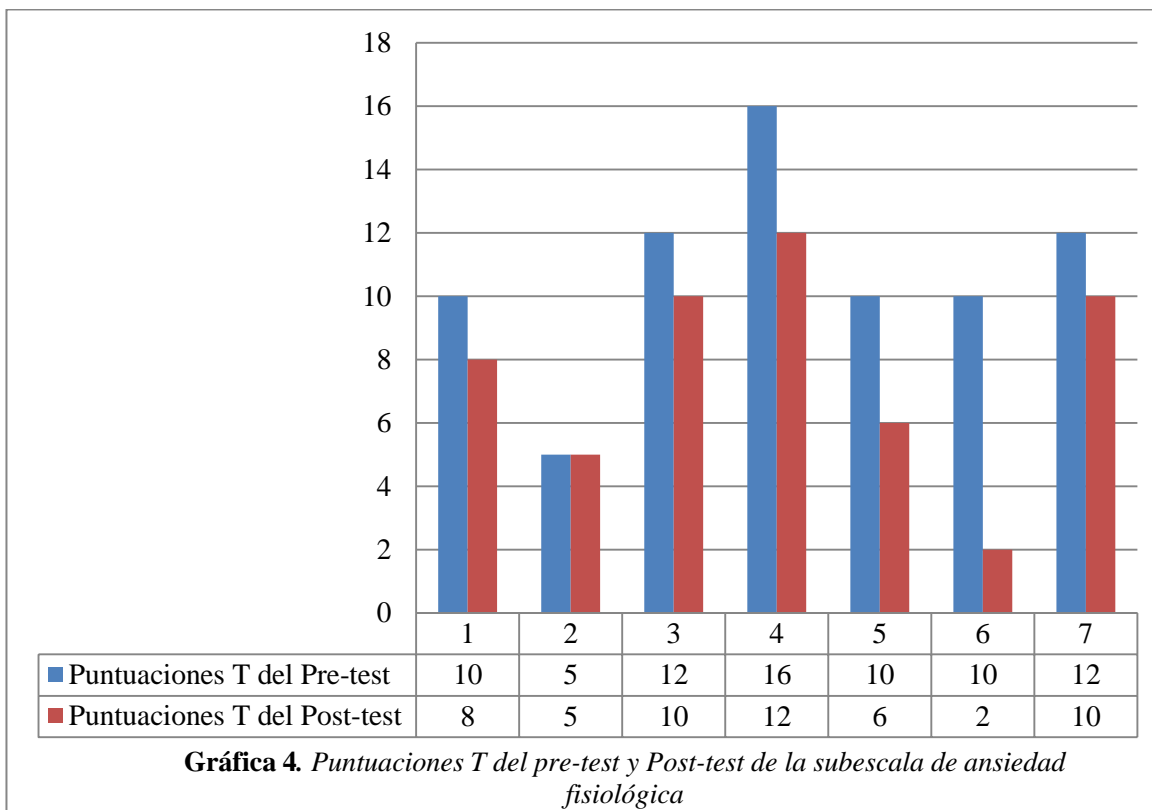
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 56 y una puntuación T de 10; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 17 y una puntuación T de 2.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6, un percentil de 75 y una puntuación T de 12; en el post-test obtuvo un puntaje de 4, un percentil de 53 y una puntuación T de 10.

Para la subescala de Ansiedad fisiológica, la prueba tiene una Media de 10 y una desviación estándar es de 3. En los puntajes T del pre-test observamos en la tabla que 1 de los participantes quedó dentro de la categoría de ansiedad fisiológica Baja, el cual representa por el 14.5% de la muestra; 5 de los participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 71% de la muestra; 1 de los participantes quedó dentro de la categoría Alta y representa el 14.5% de la muestra.

Por otro lado, en el post-test, 3 de los participantes cayeron dentro de la categoría baja y representan el 43% de la muestra; 4 participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 57% de la muestra.

Al realizar la comparación entre los puntajes del pre-test y del post-test, podemos observar que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución de los niveles de ansiedad fisiológica en los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica.



Gráfica 4. *Puntuaciones T del pre-test y Post-test de la subescala de ansiedad fisiológica*

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de ansiedad fisiológica

En el gráfico 4, se muestran los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test de la subescala **de ansiedad fisiológica**. En donde, el sujeto 1 obtuvo una T de 10 en el pre-test y 8 en el post-test; el sujeto 2 obtuvo una T de 5 en el pre-test y 5 en el post-test; el sujeto 3 obtuvo una T de 12 en el pre-test y 10 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo una T de 16 en el pre-test y 12 en el post-test; el sujeto 5 obtuvo una T de 10 en el pre-test y 6 en el post-test; el sujeto 6 obtuvo una T de 10 en el pre-test y 2 en el post-test: y el sujeto 7 obtuvo una T de 12 en el pre-test y 10 en el post-test. Se puede concluir que hubo disminución en los puntajes de la ansiedad fisiológica del post-test después de la aplicación de la intervención del programa en comparación con los puntajes del pre-test.

Tabla 14.

Puntuaciones obtenidas en el Pre-test y Post-test de la subescala de inquietud/hipersensibilidad

Subescala de inquietud/hipersensibilidad							
Participante	Sexo	Pre-test		Post-test			
		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	M	9	95	15	6	74	11
2	F	1	11	6	0	4	4
3	F	8	75	12	5	49	9
4	M	11	99	19	9	95	15
5	F	7	66	11	5	45	9
6	M	7	84	12	6	73	11
7	F	11	98	15	9	84	12

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de inquietud/hipersensibilidad

En la Tabla 14, se presentan las puntuaciones del pre-test y post-test de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9, un percentil de 95 y una puntuación T de 15; en el post-test obtuvo un puntaje de 6, un percentil de 74 y una puntuación T de 11.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 1, un percentil de 11 y una puntuación T de 6; en el post-test obtuvo un puntaje de 0, un percentil de 4 y una puntuación T de 4.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 8, un percentil de 75 y una puntuación T de 12; en el post-test obtuvo un puntaje de 5, un percentil de 49 y una puntuación T de 9.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 11, un percentil de 99 y una puntuación T de 19; en el post-test obtuvo un puntaje de 9, un percentil de 95 y una puntuación T de 15.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7, un percentil de 66 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 5, un percentil de 45 y una puntuación T de 9.

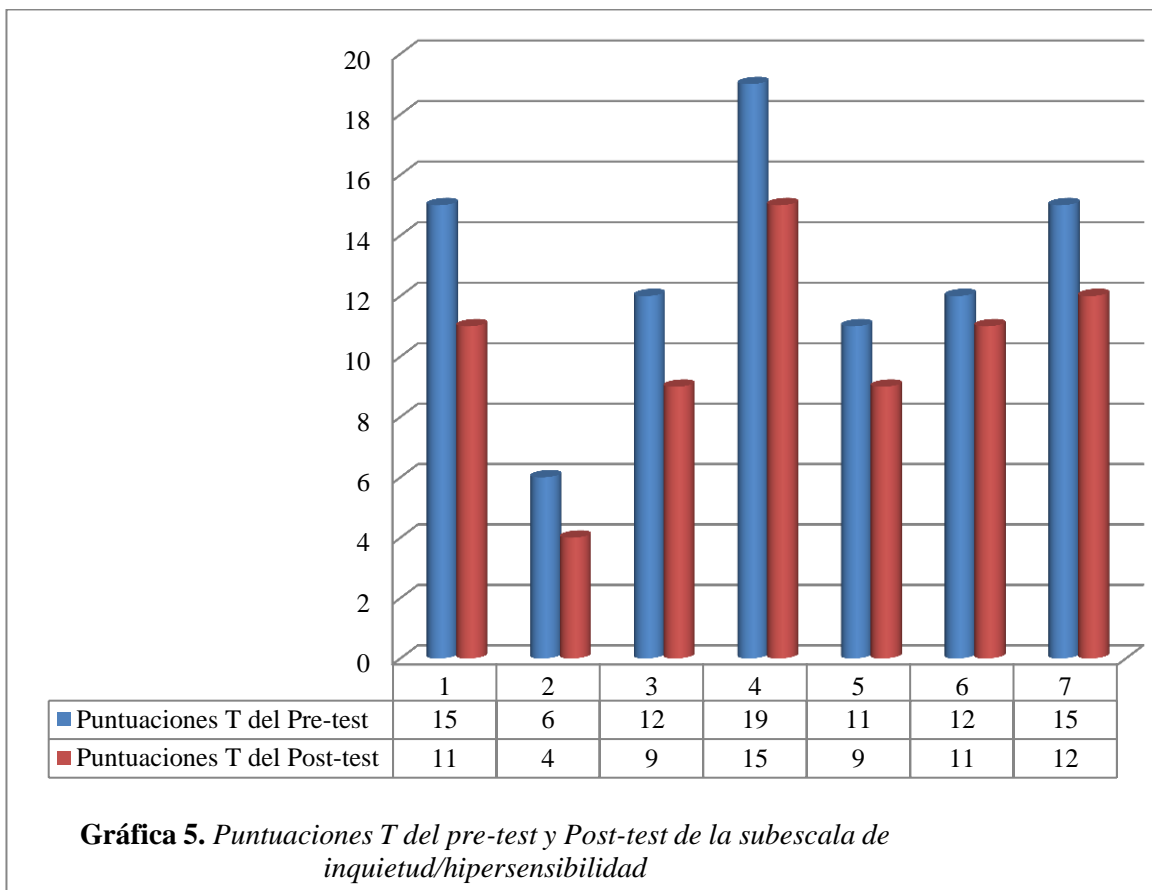
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7, un percentil de 84 y una puntuación T de 12; en el post-test obtuvo un puntaje de 6, un percentil de 73 y una puntuación T de 11.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 11, un percentil de 98 y una puntuación T de 15; en el post-test obtuvo un puntaje de 9, un percentil de 84 y una puntuación T de 12.

Para la subescala de inquietud/hipersensibilidad, la prueba tiene una Media de 10 y una desviación estándar es de 3. En los puntajes T del pre-test observamos que 1 de los participantes quedó dentro de la categoría Baja, el cual representa por el 14% de la muestra; 3 de los participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 43% de la muestra; 3 de los participantes quedó dentro de la categoría Alta y representan el 43% de la muestra.

Por otro lado, en el post-test, 1 de los participantes cayó dentro de la categoría baja y representa el 14.5% de la muestra; 5 participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 71% de la muestra; 1 de los participantes quedó dentro de la categoría Alta y representa el 14.5% de la muestra.

Los puntajes mencionados anteriormente, significan que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución en la subescala de inquietud/hipersensibilidad en los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica.



Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de inquietud/hipersensibilidad

El gráfico 5, presenta los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test de la subescala **de inquietud/hipersensibilidad**. En donde, el sujeto 1 obtuvo una T de 15 en el pre-test y 11 en el post-test; el sujeto 2 obtuvo una T de 6 en el pre-test y 4 en el post-test; T. el sujeto 3 obtuvo una T de 12 en el pre-test y 9 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo una T de 19 en el pre-test y 15 en el post-test; el sujeto 5 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 9 en el post-test; el sujeto 6 obtuvo una T de 12 en el pre-test y 11 en el post-test: y el sujeto 7 obtuvo una T de 15 en el pre-test y 12 en el post-test. Se puede concluir que hubo disminución en los puntajes de la subescala de inquietud/hipersensibilidad del post-test después de la aplicación del programa de intervención.

Tabla 15.

Puntuaciones obtenidas en el pre-test y post-test de la subescala de preocupaciones sociales /concentración

Subescala de preocupaciones sociales /concentración							
Participante	Sexo	Pre-test			Post-test		
		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	M	2	41	9	2	41	9
2	F	3	55	10	2	39	9
3	F	4	69	11	3	54	10
4	M	7	98	16	5	84	13
5	F	2	38	9	1	11	6
6	M	1	26	8	1	26	8
7	F	4	69	11	2	40	9

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de preocupaciones sociales /concentración

En la tabla 15, se muestran las puntuaciones del pre-test y post-test de la subescala de preocupación social/concentración.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 2, un percentil de 41 y una puntuación T de 9; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 41 y una puntuación T de 9.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 3, un percentil de 55 y una puntuación T de 10; en el post-test obtuvo un puntaje de 12, un percentil de 39 y una puntuación T de 9.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 69 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 3, un percentil de 54 y una puntuación T de 10.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 7, un percentil de 98 y una puntuación T de 16; en el post-test obtuvo un puntaje de 5, un percentil de 84 y una puntuación T de 13.

El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 2, un percentil de 38 y una puntuación T de 9; en el post-test obtuvo un puntaje de 1, un percentil de 11 y una puntuación T de 6.

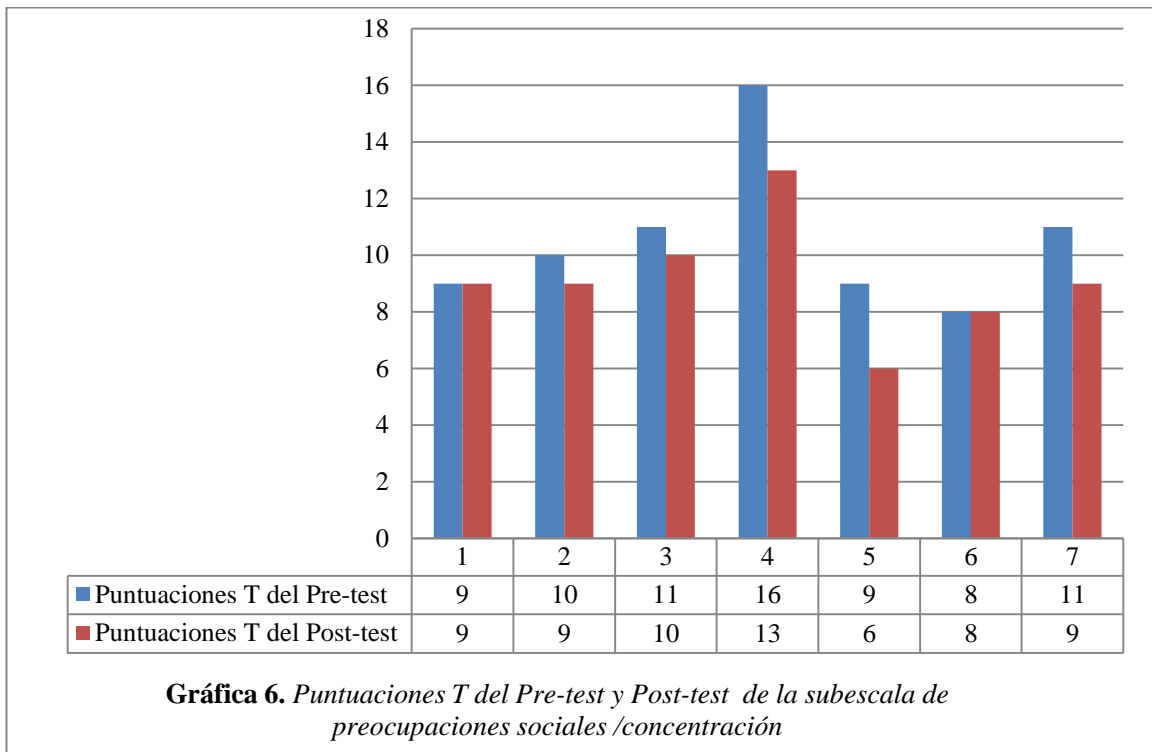
El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 1, un percentil de 26 y una puntuación T de 8; en el post-test obtuvo un puntaje de 1, un percentil de 26 y una puntuación T de 8.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 69 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 40 y una puntuación T de 9.

En la subescala de preocupaciones sociales /concentración, la prueba posee una Media de 10 y una desviación estándar es de 3. En los puntajes T del pre-test observamos que 6 de los participantes cayeron dentro de la categoría Media, el cual representan por el 85.5% de la muestra; 1 de los participantes quedó dentro de la categoría Alta y representa el 14.5% de la muestra.

Por otro lado, en el post-test, 1 de los participantes cayó dentro de la categoría baja y representa el 14.5% de la muestra; 6 participantes quedaron dentro de la categoría Media y representan el 85.5% de la muestra.

Estos puntajes significan que las puntuaciones del post-test son diferentes a las obtenidas en el pre-test, existiendo una disminución en la subescala de preocupación social/concentración en los participantes después de la aplicación del programa de intervención psicológica.



Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de subescala de preocupaciones sociales /concentración

El gráfico 6, describe los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test de la subescala **de preocupaciones sociales /concentración**. En donde, el sujeto 1 obtuvo una T de 9 en el pre-test y 9 en el post-test; el sujeto 2 obtuvo una T de 10 en el pre-test y 9 en el post-test; el sujeto 3 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 10 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo una T de 16 en el pre-test y 13 en el post-test; el sujeto 5 obtuvo una T de 9 en el pre-test y 6 en el post-test; el sujeto 6 obtuvo una T de 8 en el pre-test y 8 en el post-test: y el sujeto 7 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 9 en el post-test. Se puede concluir que hubo disminución en los puntajes de preocupación social /concentración del post-test después de la aplicación de la intervención psicológica.

Tabla 16.

Puntuaciones obtenidas en el pre-test y post-test de la subescala de falsedad/mentira.

Subescala de falsedad/mentira							
Participante	Sexo	Pre-test			Post-test		
		Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T
1	M	4	81	12	4	81	12
2	F	5	70	11	5	70	11
3	F	3	67	11	3	67	11
4	M	9	41	9	5	87	13
5	F	2	53	10	2	53	10
6	M	6	93	14	4	74	11
7	F	3	67	11	3	67	11

Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de la subescala de falsedad/mentira

En la Tabla 16, se presentan las puntuaciones del pre-test y post-test de la subescala de falsedad/mentira.

El sujeto 1, obtuvo en el pre-test un puntaje de 4, un percentil de 81 y una puntuación T de 12; en el post-test obtuvo un puntaje de 4, un percentil de 81 y una puntuación T de 12.

El sujeto 2, obtuvo en el pre-test un puntaje de 5, un percentil de 70 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 5, un percentil de 70 y una puntuación T de 11.

El sujeto 3, obtuvo en el pre-test un puntaje de 3, un percentil de 67 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 3, un percentil de 67 y una puntuación T de 11.

El sujeto 4, obtuvo en el pre-test un puntaje de 9, un percentil de 41 y una puntuación T de 9; en el post-test obtuvo un puntaje de 5, un percentil de 87 y una puntuación T de 13.

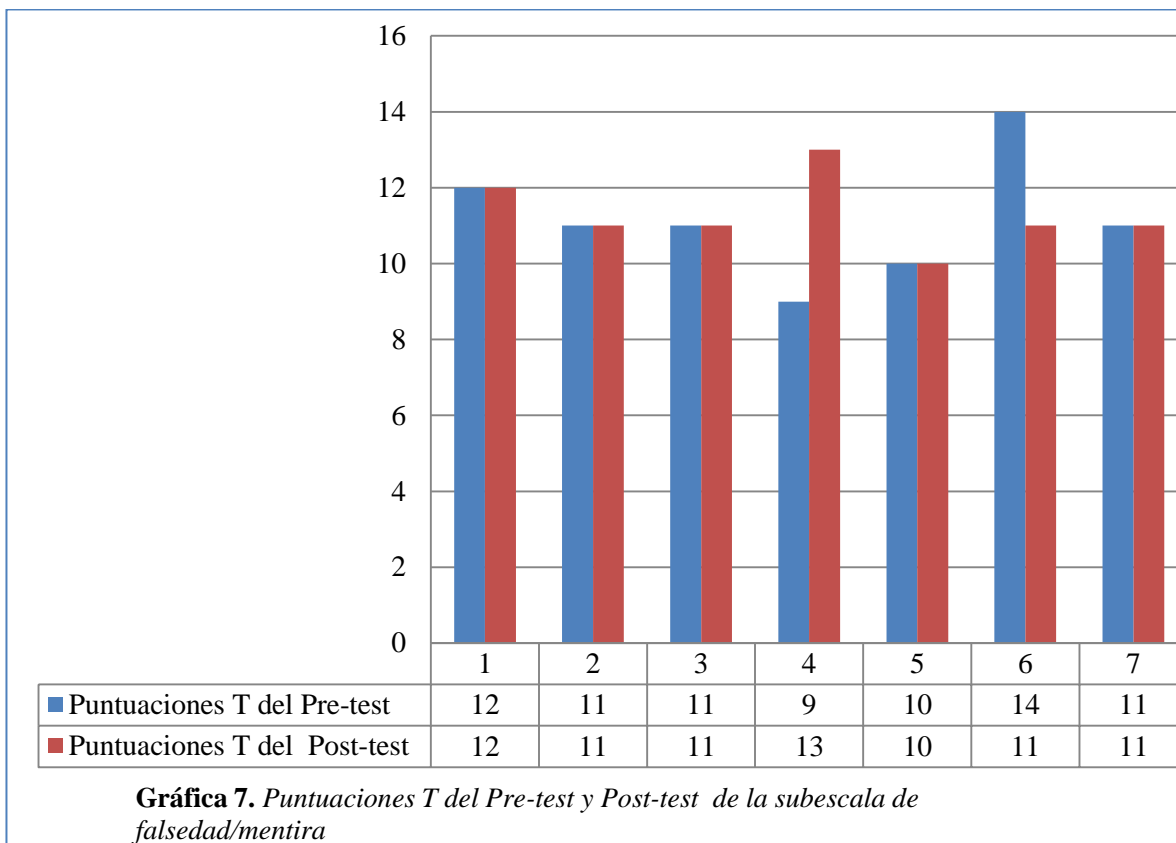
El sujeto 5, obtuvo en el pre-test un puntaje de 2, un percentil de 53 y una puntuación T de 10; en el post-test obtuvo un puntaje de 2, un percentil de 53 y una puntuación T de 10.

El sujeto 6, obtuvo en el pre-test un puntaje de 6, un percentil de 93 y una puntuación T de 14; en el post-test obtuvo un puntaje de 4, un percentil de 74 y una puntuación T de 11.

El sujeto 7, obtuvo en el pre-test un puntaje de 3, un percentil de 67 y una puntuación T de 11; en el post-test obtuvo un puntaje de 3, un percentil de 67 y una puntuación T de 11.

En la subescala de falsedad/mentira., la prueba tiene una Media de 10 y una desviación estándar es de 3. En los puntajes T del pre-test observamos que 6 de los participantes cayeron dentro de la categoría Baja, el cual representan por el 85.5% de la muestra; 1 de los participantes quedó dentro de la categoría Media y representa el 14.5% de la muestra.

Por otro lado, en el post-test, los 7 participantes cayeron dentro de la categoría baja y representan el 100% de la muestra. Estos puntajes significan que las puntuaciones del post-test son similares a las obtenidas en el pre-test, las respuestas fueron bastantes similares en esta escala de falsedad.



Fuente: Resultados obtenidos en la prueba CMAS-R, pre-test y post-test de la subescala de falsedad/mentira

El gráfico 7, presenta los puntajes T obtenidos en el pre-test y post-test de la subescala **de mentira/falsedad**. En donde, el sujeto 1 obtuvo una T de 12 en el pre-test y 12 en el post-test; el sujeto 2 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 11 en el post-test; el sujeto 3 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 11 en el post-test; el sujeto 4 obtuvo una T de 9 en el pre-test y 13 en el post-test; el sujeto 5 obtuvo una T de 10 en el pre-test y 8 en el post-test; el sujeto 6 obtuvo una T de 14 en el pre-test y 11 en el post-test; y el sujeto 7 obtuvo una T de 11 en el pre-test y 11 en el post-test. Se puede concluir que hubo diferencia en los puntajes del post-test después de la aplicación de la intervención en la subescala de mentira, Las respuestas fueron bastante parecidas, ya que esta escala hace referencia a conductas socialmente aceptadas, a las que se esperaría una respuesta negativa como medida de sinceridad.

3.2 Pruebas de Hipótesis

A continuación, se muestra el resumen de la prueba de hipótesis que arrojó el programa estadístico SPSS para las puntuaciones pre-test y post-test para cada uno de las sub escala de la prueba que se aplicó. Como no podemos afirmar la normalidad de la muestra, por ser muy pequeña, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar muestras pareadas. Esta prueba, compara las medianas en el pre-test y el post-test (H_0 vs H_1). El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

Tabla 17.

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la escala de índice de ansiedad total

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Totpost - Totpre	Rangos negativos	7 ^a	4.00	28.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	7		

a. Totpost < Totpre

b. Totpost > Totpre

c. Totpost = Totpre

Tabla 18.

Conclusión sobre el estadístico de la prueba en la escala de índice de ansiedad total

Estadísticos de contraste ^a	
	Totpost – Totpre
Z	-2.371 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.018

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla 18. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test en la escala de índice de ansiedad total utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.01$) es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” contribuyó a reducir los niveles de ansiedad total en los participantes del programa. Las puntuaciones del post-test de los niveles de ansiedad total si presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Tabla 19.

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de ansiedad fisiológica

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Fpost – Fpre	Rangos negativos	6 ^a	3.50	21.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	1 ^c		
	Total	7		
a. Fpost < Fpre b. Fpost > Fpre c. Fpost = Fpre				

Tabla 20.

Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de ansiedad fisiológica

Estadísticos de contraste^a	Fpost - Fpre
Z	-2.232 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.026

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla 20. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test en la subescala de ansiedad fisiológica utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la Hipótesis nula y aceptar la Hipótesis alterna ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.02$) es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” contribuyó a reducir los niveles de ansiedad fisiológica en los participantes del programa. Las puntuaciones del post-test de los niveles de ansiedad fisiológica si presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Tabla 21.

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de inquietud/hipersensibilidad

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Ihpost - Ihpre	Rangos negativos	7 ^a	4.00	28.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	0 ^c		
	Total	7		

a. Ihpost < Ihpre

b. Ihpost > Ihpre

c. Ihpost = Ihpre

Tabla 22

Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de inquietud/hipersensibilidad

Estadísticos de contraste^a	
	Ihpost - Ihpre
Z	-2.379 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.017

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla 22. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test en la subescala de inquietud/hipersensibilidad utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.01$) es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” contribuyó a reducir los niveles de inquietud/hipersensibilidad en los participantes del programa. Las puntuaciones del post-test de los niveles de inquietud/hipersensibilidad sí presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Tabla 23.

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de preocupaciones sociales /concentración

	Rangos	N	Rango promedio	Suma de rangos
Spos – Spre	Rangos negativos	5 ^a	3.00	15.00
	Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
	Empates	2 ^c		
	Total	7		

a. Spos < Spre

b. Spos > Spre

c. Spos = Spre

Tabla 24.

Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de preocupaciones sociales /concentración

Estadísticos de contraste^a	
	Spos - Spre
Z	-2.041 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.041

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos positivos.

En la tabla 24. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test en la subescala de preocupaciones sociales /concentración utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que existen evidencias estadísticamente significativas para rechazar la Hipótesis Nula y aceptar la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.04$) es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” contribuyó a reducir los niveles de preocupaciones sociales /concentración en los participantes del programa. Las puntuaciones del post-test de los niveles de preocupaciones sociales /concentración sí presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones pre-test.

Tabla 25.

Prueba de Wilcoxon para la comparación de las medianas obtenidas en el pre-test y el post-test en la subescala de falsedad/mentira.

Rangos		N	Rango promedio	Suma de rangos
Mpost - Mpre	Rangos negativos	1 ^a	1.00	1.00
	Rangos positivos	1 ^b	2.00	2.00
	Empates	5 ^c		
	Total	7		

a. Mpost < Mpre

b. Mpost > Mpre

c. Mpost = Mpre

Tabla 26.

Conclusión sobre el estadístico de la prueba de la subescala de falsedad/mentira.

Estadísticos de contraste ^a	
	Mpost – Mpre
Z	-.447 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	0.655

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b. Basado en los rangos negativos.

En la tabla 26. Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y pos-test en la subescala de falsedad/mentira utilizando la prueba de Wilcoxon, observamos que no existen evidencias de evidencias estadísticamente significativas, por lo que se acepta la Hipótesis Nula y rechaza la Hipótesis alterna, ya que la probabilidad del estadístico de Wilcoxon (valor $p=0.65$) es mayor que nivel de significancia $\alpha = 0.05$. Podemos concluir que no hubo variación en cuanto a la subescala de falsedad/mentira. Es decir que los participantes al contestar esta subescala sus respuestas fueron similares tanto en el pre-test y el post-test.

3.3 Discusión de los resultados

Es importante que partamos de la limitante de nuestro diseño de investigación: el cuasiexperimento es un diseño de estudio dentro de los estudios experimentales, tiene el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Sin embargo, este tipo de diseño es mucho más vulnerable a las amenazas contra la validez inferencial, porque se tiene menos control experimental, cuando no se tiene grupo de comparación se debilita la validez de los resultados.

Es una investigación que posee todos los elementos de un experimento, excepto que los sujetos no se asignan aleatoriamente, por lo que el investigador se enfrenta con la tarea de identificar y separar los efectos de los tratamientos del resto de factores que pueden afectar a la variable dependiente

Para tener un mayor control se realizaron dos mediciones: antes y después de la aplicación del tratamiento, como también el mismo grupo se comparó consigo mismo, para conocer cuáles eran los niveles de ansiedad antes del inicio del programa y una aplicación después del mismo y así poder tener una línea de referencia inicial para conocer los niveles de ansiedad que tenía el grupo en la variable dependiente antes del programa como de un seguimiento del grupo en sí.

Se trato de controlar las variables extrañas al seleccionar una muestra que fuera lo más parecida posible entre sí: tener entre siete y doce años, no presentar trastornos psicológicos o psiquiátricos, disposición de querer participar en la investigación, saber leer y escribir, residir en el área de Las Cumbres, asistir a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz , puntuar 41 ó más en la puntuación natural de la prueba CMAS-R; tener varias fuentes de información a parte de los puntajes de la pruebas aplicada ayuda a reducir el falseo, también se realizó una entrevista clínica.

También es fundamental el contar con un instrumento de medición con buenas propiedades psicométricas, ser muy rigurosos a la hora de aplicar la terapia en condiciones óptimas tales como: un lugar tranquilo, en el mismo horario (la misma hora y

mismo día semanalmente), dejarles tareas para la casa y con el mismo proceso de investigación en el tiempo transcurrido entre una medición (pre-test) y otra (post-test).

Los hallazgos encontrados en la presente investigación revelan que en los niveles de ansiedad disminuyeron en los niños y niñas después de participar en el programa **terapéutico *Brief coping cat*** “El gato valiente”.

Para un análisis más completo se utilizó el estadístico de Wilcoxon para comprobar si existían diferencias significativas en los niveles de ansiedad antes y después de la intervención. Lo cual dio como resultados: que hay diferencia significativa en la ansiedad antes y después de participar en el programa Brief Coping Cat, como se presenta a continuación:

En la escala de índice de ansiedad total, con la significancia asintótica de ($p = 0.01$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de ansiedad total.

En la subescala de ansiedad fisiológica, con la significancia asintótica de ($p = 0.02$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de ansiedad fisiológica.

En la subescala de inquietud/hipersensibilidad, con la significancia asintótica de ($p = 0.01$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de **inquietud/hipersensibilidad**.

En la subescala de preocupaciones sociales /concentración, con la significancia asintótica de ($p = 0.04$) es menor al nivel de significancia ($\alpha = 0.05$), se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de **preocupaciones sociales /concentración**.

En la subescala de falsedad/mentira, con la significancia asintótica de ($p = 0.65$) podemos concluir que no hubo variación en cuanto a los puntajes arrojados en la subescala de falsedad/mentira. Es decir, los participantes contestaron de manera parecida tanto en el pre-test como en el post-test.

Al comparar este estudio con el que realizó Kendall (1994). En los resultados de Kendall estas sesiones de entrenamiento tenían una duración entre 50 y 60 minutos y se realizaban semanalmente. Se mostraron los siguientes resultados: una mejora en los niños que habían recibido intervención terapéutica.

Otro estudio realizado por Kendall y su equipo de investigación (1997), arrojó resultados similares. Al comparar el grupo de tratamiento y grupo control en el post-test se observó una mejoría significativa en los niños que habían recibido tratamiento a través del programa terapéutico.

Kendall y colaboradores (2001), aplicaron la terapia cognitivo-conductual a un grupo de niños con trastornos de ansiedad con el objetivo de examinar la comorbilidad y su efecto en el tratamiento. El tratamiento consistió entre 16 y 20 sesiones de tratamiento que se realizaban semanalmente con una hora de duración, El programa de tratamiento se mostró igualmente efectivo en la reducción de la ansiedad en los niños con y sin trastornos secundarios.

Padilla (2014), llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual, en donde se utilizó como guía el programa de Kendall “El gato valiente” para el tratamiento de la ansiedad infantil; los resultados mostraron una mejoría en relación a las preocupaciones del paciente y a su nivel de activación psicofisiológica, y la eliminación de las respuestas de escape, según la evaluación pre-test/post-test y el análisis de los registros semanales durante la intervención.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

El objetivo general de esta investigación fue el de evaluar la efectividad del programa terapéutico Brief Coping Cat para disminuir los síntomas de ansiedad, en niños de siete a doce años.

Se estudió a un grupo de siete niños (tres varones y cuatro mujeres) entre nueve y doce años de edad que residen en el área de Las Cumbres, que asisten a los talleres que se realizan en la Junta Comunal de Alcalde Díaz: taekwondo o ballet, puntuar 41 ó más en la puntuación T de la prueba CMAS-R, y que saben leer y escribir

Luego de finalizar nuestra investigación y de acuerdo a los resultados obtenidos, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. La variable de ansiedad dentro de la subescala de ansiedad fisiológica, mostró diferencias estadísticas significativas entre el pre-test y el post-test. Es decir, el programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de ansiedad fisiológica.
2. La variable de ansiedad dentro de la subescala de inquietud/hipersensibilidad, se presentó diferencias estadísticas significativas entre el pre-test y el post-test. Es decir, el programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de inquietud/hipersensibilidad.
3. La variable de ansiedad dentro la subescala de preocupaciones sociales /concentración, exhibió diferencias estadísticas significativas entre el pre-test y el post-test. Es decir, El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de preocupaciones sociales /concentración.
4. La variable de ansiedad dentro de la escala de índice de ansiedad total, sugirió la existencia de diferencias estadísticas significativas entre el pre-test y el post-test. Es decir, El programa Brief Coping Cat “El gato valiente” mejoró de forma estadísticamente significativa los niveles de ansiedad total.

5. La subescala de falsedad/mentira, no se observaron la existencia de diferencias estadísticas entre el pre-test y el post-test. Es decir, los participantes contestaron de manera parecida tanto en el pre-test como en el post-test. Esta escala hace referencia a conductas socialmente aceptadas, y en la que se esperaría una respuesta negativa como medida de sinceridad.
6. Se comprueba que el programa terapéutico *Brief coping cat* “El gato valiente”, es efectivo para reducir los niveles de ansiedad en la muestra de participantes.
7. Se confirma que el programa terapéutico *Brief coping cat* “El gato valiente”, aplicado de manera grupal es efectivo para reducir los niveles de ansiedad.
8. En el post-test se redujeron los niveles de ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales /concentración, ansiedad total.
9. La participación activa de los familiares y el programa de terapéutico es un factor que influye en la mejoría de los síntomas.
10. La utilización del diseño cuasiexperimental con pre-test y post-test permitió evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la intervención terapéutica como también el efecto del programa sobre la ansiedad.
11. El diseño de investigación utilizado se ve amenazado por la falta de validez sobre todo la externa, por lo que los resultados de esta investigación son exclusivamente válidos para la muestra con la cual se trabajó, de tal forma que los resultados no pueden ni deben extrapolarse ni generalizarse a toda la población.
12. Entre las posibles fuentes que contribuyeron a los síntomas de ansiedad en los participantes de la investigación, se podrían mencionar: pérdida reciente de un ser querido, cambios de escuela, son hijos de padres separados. Estas situaciones pueden hacer que se presenten signos y síntomas como:

Tomando en cuenta a Lang (1968), los síntomas fisiológicos serían: cardiovasculares: taquicardia, opresión en el pecho, síntomas respiratorios como ahogo, problemas estomacales, náuseas, sudoración excesiva, temblores, gastrointestinales como las náuseas y vómitos, alteraciones en la alimentación lo cual come mucho o come poco, tensión muscular, cansancio, hormigueo en

diferentes partes del cuerpo, sensación de mareo; cuando los problemas se vuelven más serios puede existir insomnio y enuresis.

Según Lang (1968) y Blai (2015), los síntomas cognitivos de la ansiedad serían: ideas o imágenes catastróficas, sensación de inseguridad, sentimientos de inferioridad, los problemas de concentración, atención y memoria, utilización de pensamientos distorsionados, sensación de confusión, incremento de dudas, sobrevaloración de detalles intrascendentes, interpretaciones inadecuadas sobre determinados aspectos, falta de comprensión en explicaciones impartidas entre otros, por lo que coinciden por los presentados por los niños de la muestra.

De acuerdo con Lang (1968) y Blai (2015) se presentan síntomas conductuales ante la ansiedad como: evitación, inquietud y parálisis, dificultad para actuar en diversas situaciones, el estado de alerta constante, bloqueos mentales, dificultad para mantenerse en una posición, conductas impulsivas, cambios en la expresividad corporal y el lenguaje, expresiones faciales de asombro, cambios de voz, actitudes titubeantes, expresiones de duda, movimientos torpes de manos, brazos y piernas, actitudes cerradas ante sugerencias realizadas por otros; de los cuales algunos síntomas coinciden con los que presentaron los niños del estudio.

Como lo establece Blai (2015), los síntomas de tipo psicológico son: constante inquietud, inseguridad, sensación de amenaza y peligro, temor, miedo, incertidumbre, dificultad en la toma de decisiones, incluso muchas veces esta situación puede llevar a conductas de esquizofrenia y hasta al suicidio.

Los síntomas de tipo social serían: dificultad para mantener una conversación, dificultad para expresar las propias opiniones o para fundamentar sus puntos de vista, inseguridad para relacionarse con las demás personas, retraimiento, temor excesivo. (Blai, 2015)

13. Existen diversos factores que pueden contribuir a la ansiedad, estos factores pueden ser: factores genéticos, ambientales, el tipo de temperamento, estilo de crianza, entorno escolar, las relaciones interpersonales, entre otros.
14. Se confirma que la Terapia Cognitivo-Conductual es un enfoque efectivo para el manejo de la ansiedad en los niños que asistieron al programa terapéutico.

15. La participación de los padres y su apoyo, fue importante para la eficacia del programa de intervención, porque a través de una buena comunicación, el conocer los objetivos del programa y una alianza por parte de ellos, se logró el afianzamiento y la práctica de lo aprendido en el programa terapéutico por parte de los niños en las sesiones. Los padres y madres al tener conocimiento sobre las actividades que se realizaron en las sesiones pudieron entender lo que se estaba realizando y les recordaban a sus hijos la realización de las tareas para la casa y la importancia de las mismas.

También durante las sesiones con los padres se discutieron las dudas y preocupaciones que les aquejaban, y a través de las sesiones que se realizaron con ellos se pudieron resolver sus inquietudes, y conocer sobre el progreso de los niños.

Además, se les preparó sobre situaciones que podían provocar ansiedad en los niños y qué tipos de medidas se podían tomar cuando se presentaran diferentes síntomas de ansiedad en el niño como también en ellos mismos.

4.2 Recomendaciones

1. Replicar este estudio en poblaciones de niños entre siete y doce años de edad para comparar los resultados obtenidos en esta investigación.
2. Repetir este estudio en poblaciones de adolescentes para así realizar un cuadro comparativo entre niños y adolescentes en cuanto al tema de la ansiedad.
3. Utilizar un diseño experimental donde haya mayor control de las variables intervinientes y con mayor cantidad de participantes para aumentar la validez y confiabilidad de esta este programa terapéutico “El gato valiente”.
4. Es importante desarrollar investigaciones similares con muestras representativas de esta población, con el doble propósito de determinar si estos resultados son consistentes o, si por lo contrario, los problemas de ansiedad son significativos entre otros tipos de poblaciones.
5. Desde una perspectiva preventiva se sugiere desarrollar programas de evaluación sistemática sobre el tema y, en los casos en que los resultados sean significativos, incorporar programas de intervención con un abordaje Multidisciplinario, incluyendo padres, escuela, la sociedad y el sujeto.
6. Continuar brindando este tipo de intervención terapéutica a los niños, adolescentes y adultos como prevención, promoción y cuidado de la salud mental. Es necesario trabajar en la prevención de la ansiedad e incorporar programas a nivel psicológico para un mayor nivel de bienestar físico y emocional y así poder mantener una población sana.
7. Fomentar habilidades, proveer de información y dar las herramientas necesarias para que los niños puedan enfrentar situaciones adversas dentro de esta etapa.
8. Ampliar el estudio de la ansiedad tanto en niños como en adolescentes en las diferentes edades, de manera individual y grupal a través de todo el país, tanto en forma independiente como también vinculado a otras variables.
9. Realizar sesiones de seguimiento en seis meses para determinar si continúan los cambios obtenidos luego de la aplicación del Programa terapéutico y prevenir recaídas.

Referencias Bibliográficas

- Abdala Baldomá, Bárbara. (S.F.) Estudio de caso: Trastorno de Ansiedad y Terapia Cognitiva Conductual para niños ansiosos de Philip Kendall. Trabajo Final Integrador.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Albano, A. M; Walkup J. T; Piacentini J; et al. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. N Engl J Med. 359:2753-2766.
- Almeida, J. P. y Viana, V. (2013). Adaptación de la escalada de ansiedad y educación preescolar, de S. Spence. Psicología, Saúde y Doenças.
- American Psychiatric Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Páginas: 996.
- Álvarez, E. D; Berazaluce, E. (2003). A que tienen miedo los niños. España: Síntesis.
- Argumedos, C., Pérez, V. & Romero-Acosta, K. (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. Revista Búsqueda, 13: 68 -81.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (Suppl. 420), 21-27.
- Baeza, J. C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. JAMA. 283:2529–2536.
- Barrett, P. M. (1995). Group coping koala workbook. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.

- Barrett, P. M., Dadds, M. y Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Ed.). New York, NY, US: Guilford Press
- Barlow, D. (2004). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. (2da. Ed.). New York: Guilford.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, 20, 479-494.
- Battaglia, M.; Touchette, É; Garon-Carrier, G; Dionne, G; Côté, S. M; Vitaro, F; Boivin, M. (2016). Distinct trajectories of separation anxiety in the preschool years: persistence at school entry and early-life associated factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 39-46
- Beck, A; Emery, G; Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. México: Gedisa.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M. & Perwein, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Birmaher B, Villar L. (2000). Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana: 323-33.
- Blai, R. (2015). *Ansiedad: Definición y características*. Recuperado de <http://www.psicotio.wordpress.com>.

- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H. y Shek, D. T. L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology*, 161, 479-492.
- Bragado, M. C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica: Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos (2a. ed.)*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballero, R., Mojarro, M. D. y Rodríguez-Sacristán. J. (1995). Las clasificaciones clínicas de los estados de ansiedad en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 548-555). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood* (24-57). Nueva York: Guilford Press.
- Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61:85-93.
- Carrión, O., Bustamante, G. (2008). *Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Galerna S.R.L.
- Castro, F. A. (1998). "Problemas de ansiedad en niños y adolescentes: elementos para a su caracterización y para su diagnóstico". *Revista de Pedagogía*. Pág.32 – 34.
- Casullo, M. (1992). *Las técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar.
- Casullo, M. M. (1996). *Evaluación psicológica y psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Catalogos.
- Chantal, B. (2007). *La ansiedad infantil, explicada a los padres de familia (2º. Edición)* Editorial Lectorum. México.

- Clark, D; Beck, A. (2010). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice (terapia cognitiva para trastornos de ansiedad Ciencia y práctica). The Guilford Press. New York, USA. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Coca Vila, Aránzazu. (2013). La ansiedad infantil desde el análisis transaccional. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología (UNED).
- Costello E. J, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence.
- Dadds, M.; Spence, S; Holland, D; Barrett, P.M.; Laurens, K. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,627–635.
- Donovan, C. L. y Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. Clinical Psychology Review, 20, 509-531.
- Dulcan, M. & Popper, C. H. (1991). Child and Adolescent Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Echeburúa, Enrique (1993). “Trastorno de Ansiedad en la Infancia” – Ed. Pirámide – Madrid-España.
- Echeburúa, E. (1998). Trastornos de ansiedad en la infancia. Madrid: Editorial Pirámide.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Esparza, N.; Rodríguez, M. (2009). Desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. Revista Diversitas.
- Feixas, G; Miró, M. (1998). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, Héctor. (2011). Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos. Buenos Aires: Polemos.

- Fernández-Álvarez, H. (2009). Integración y Salud Mental: el proyecto AIGLE 1977-2008 (2a. ed.). España: Desclee de Brouwe
- Fong, G. y Garralda, E. (2005). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 4(8), 77-81.
- Fong, G. y Garralda, E. (2007). Las fases tempranas de la enfermedad mental: trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán. (Eds.), *Las fases tempranas de la ansiedad* (pp. 159-168). Barcelona: Masson.
- Friedberg, R. y McClure, M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Paidós
- Gabalda, Caro. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., & Stark, K. (2010). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. Manuscript submitted for publication.
- García Ramos, J; Gallego Rodríguez, J. (2003). *Psicoterapias en atención primaria. Formación Médica Continuada*.
- González y García (1995) “Ansiedad en la niñez” – Universidad de Sevilla - España.
- Grant, B.F. y Weissman, M.M. (2009). Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En: W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka y D.A. Regier (Eds.). *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*, (pp. 31-45) Barcelona: Elsevier Masson.
- Greco, L. A; Morris, T.L. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behav Ther* 36:97-205.
- Hamilton M. C. (1959). Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*.

- Hedrick, T.E; Bickman, L. y Rog, D.J. (1993). Applied research design. A practical guide. Newbury Park, CA: Sage.
- Hollander, E; Simeon, D. (2004). Guía de trastornos de ansiedad. Madrid: Elsevier.
- Hopkins, J., Lavigne, J. V., Gouze, K. R., LeBailly, S. A; Bryant, F. B. (2013). Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: Evidence for common and specific factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 705-722.
- Horst, G.J., Wichmann, R., Gerrits, M., Westenbroek, C; Lin, Y. (2009). Sex differences in stress responses: Focus on ovarian hormones. *Physiology and Behavior*.
- Jalenques, I., Coudert, A. J; Lachal, C. (1994). Los cuadros de ansiedad en el niño. Barcelona: Masson.
- Johnson, S; Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children's fears. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2 pp. 108-139). New York: Plenum Press.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2000). Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Keegan, E. (1998). Trastornos de Ansiedad: la perspectiva cognitiva. *Vertex Rev. Arg. De Psiquiatría*, IX, 197-209.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Philadelphia, PA: Temple University.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping Cat Workbook*. Admore. PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 65, 366-380.

- Kendall, P. (2000). *Child and adolescent therapy*. New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Kendall, P.C. (2006). *Terapia para niños y adolescentes: Procedimientos cognitivo conductuales* (3ra. ed.). Ney York: Guildford
- Kendall, P., & Verduin, T. L. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 459-469.
- Kendall, P. C. y Kosovsky, R. P. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Manual para el terapeuta*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DD: American Psychological Association.
- Lavigne, J, Gibbons, R., Christoffel, K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., Isaacs, C. (1996). Prevalence Rates and Correlates of Psychiatric Disorders among Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (2), 204-214.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.

- Luterek, J; Eng, W; Heimberg, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), pp.563-581.
- Maciá, D. (2007). Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar. Madrid: Pirámide.
- March, J. (1995). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Méndez, F. X. (1999). Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos. Madrid: Pirámide.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S; Bogie, N. (2001). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Neil, A.; Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
- Oblitas, L. (2006) *Psicología de la salud y calidad de vida*. (2º. ed.) Editorial Thompson México.
- Ochando G. (2008). La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*.
- Ollendick, Thomas; Hersen Michel. (1986). *Psicopatología infantil*. Barcelona España.
- Orellana, Daniela del Carmen; Chimbo , Flor. (2016). La ansiedad infantil en los niños de primer año de educación general básica. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador.
- Organización Mundial de la salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

- Organización Mundial de la salud. (2011). Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, La CIE-11-APA.
- Organización Panameña de la salud (OPS). (2014-2018). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=475:ops-presenta-publicacion-epidemiologia-trastornos-mentales-america-latina-caribe&Itemid=267
- Padilla Díaz, Caridad. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Vol. 1. Nº. 2 - Julio 2014 - pp 157-163
- Pahl, K. M., Barrett, P. M. y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. Journal of Anxiety Disorders, 26(2), 311-320.
- Pedhazur, E.J. y Schmelkin, L.P. (1991). Measurement, design, and analysis. An integrated approach. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pine, D., Brook, J., Cohen, P., Gurley, D., Ma, Y. (1998). Risk for early – adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of General Psychiatry, 55, 56-64.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. Biomédica, 33 (4):497-498.
- Quintero Yau, Katia Mercedes. (2000). Papel que juega la ansiedad rasgo en adolescentes y su relación con la calidad de vida. Universidad de Panamá. República de Panamá.
- Rapee, R. M; Spence, S. H. (2016). The Etiology of Social Anxiety Disorder: An Evidence-Based Model. Behaviour Research and Therapy, 86, 50-67.
- Rapee, R.M., Abbott, M.J. y Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 436–444.

- Real academia española. (2017). Diccionario de la Real academia española.
- Reynolds, Cecil R; Richmond, Bert O. (1997). Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R). México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, N. (2009) Manual Clínico de los Trastornos de Ansiedad. (6°. ed.) Editorial Paidós. Argentina.
- Rojas, E. (1999). La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Buenos Aires: Planeta.
- Ruiz Sancho A. M; Lago Pita, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. En: AEPAP ed. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones.
- Salanic, M (2014). Ansiedad infantil y comportamiento en el aula” (estudio realizado con alumnos de primero, segundo y tercero primaria del municipio de cantel. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Sampieri, R. Collado, C. et al. (2010). Metodología de la investigación, V Edición. Editorial Mc Graw Hill, Traducido en México
- Sánchez H; Reyes K. (2018). Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística. Primera Edición. Universidad Ricardo Palma. Lima –Perú
- Santesteban-Echarr, O; Hernández, L; Rentero, D; Güerre, M. (2015). Programa de terapia grupal para niños con ansiedad. Cuadernos de salud mental del 12 N° 11. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid (España)
- Shortt, A. L., Barrett, P. M; Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 30, 525-535.
- Simon, F., Stierlin, H; Wynne, L. (1997). Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.

- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Spielberger, Ch., Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: El Manual Moderno.
- Taboada, A.M., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: factores de riesgo. *Ansiedad y estrés*.
- Terrientes, Francisco; Mayo Miguel; y colaboradores. (2015). Analisis situacional. Ministerio de Salud Panamá (MINSa)
- Trucco, M. (1995) “Estrés, Salud y trabajo en la sociedad contemporánea”. Ediciones Universidad de Chile., 122p.
- Velarde Herrera, S; Sánchez-Gómez; Manzané, F; Britton, G. (2014). Prevalencia estimada de trastornos conductuales y emocionales en la población pediátrica en Panamá. *Invest. pens. crit.* Vol. 2, No. 3, enero-abril 2014. pp. 35-52
- Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica*. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>
- Whalen, D. J; Sylvester, C. M; Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*

ANEXOS

Anexo 1.

Modelo de Consentimiento Informado

La presente investigación conducida por la Licenciada Izamar Salazar Scott, psicóloga de profesión, está realizando un estudio cuyo objetivo es analizar la efectividad del **Programa terapéutico Brief Coping Cat** enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños. Para ello, estamos solicitando que Ud. permita la participación de su hijo(a). La participación en la investigación es estrictamente voluntaria. Los resultados que se obtengan de la investigación serán de uso exclusivo del equipo de investigación y no se emplearán para ningún otro propósito fuera de los planteados en este estudio, los nombres y datos de los participantes permanecerán en todo momento confidencial. Se le aplicarán instrumentos en varios momentos y sus respuestas serán recogidas usando un número de identificación, por lo que serán anónimos. Asimismo, los datos obtenidos serán manejados de manera estrictamente confidencial, es decir, su identidad no será revelada en ningún momento de la investigación, ni después de ella, y los resultados de las pruebas aplicadas servirán para los fines académicos del estudio.

La encargada de la investigación cuidará que los resultados sean anónimos y confidenciales. Ud. puede decidir que su hijo(a) se retire del proyecto en cualquier momento sin que eso lo (la) perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Desde ya le agradecemos su participación.

Si está de acuerdo con la participación de su hijo(a), se le pedirá a éste(a) que responda a un conjunto de preguntas, las cuales serán aplicadas en la investigación.

Atentamente

Atentamente Yo,.....Madre/Padre/Apoderado
de (colocar nombre de su hijo(a)).....
del..... grado y sección. Si acepto () No acepto () Que mi hijo(a) participe voluntariamente en esta investigación, conducida por la Psicóloga Izamar Salazar Scott. He sido informado(a) de que el objetivo de este estudio analizar la efectividad del Programa de terapia Grupal enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños. Me han indicado también que mi menor hijo tendrá que responder a unas preguntas. Asimismo, tengo conocimiento que la información que mi hijo(a) proporcione es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi autorización. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida.

Firma de Padre/Madre/Apoderado

Anexo 2.

Modelo de carta compromiso.

Compromiso por parte de los participantes en el programa *brief coping cat* enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños

Por este medio los participantes y la Licenciada Izamar Salazar Scott responsable de la aplicación del **programa terapéutico *brief coping cat* enfocado en disminuir los síntomas de ansiedad en niños** se comprometen a:

El participante acepta las siguientes condiciones:

1. Asistir a todas las sesiones.
2. Llegar a tiempo a las sesiones.
3. Completar las tareas para realizar en casa y durante las sesiones.
4. Mantener un comportamiento adecuado durante las sesiones.
5. Respetar a sus compañeros y a la Licenciada.

Por su parte la Licda Izamar se compromete a:

1. Guardar la confidencialidad de los participantes y de los problemas tratados en las sesiones.
2. Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante.
3. Utilizar los resultados de las evaluaciones única y exclusivamente con fines investigativos.
4. Revelar los resultados de la investigación de forma que la identidad de los participantes se mantenga protegida.

Nombre del participante _____

Firma _____

Fecha: _____

Licda Izamar Salazar Scott
C.I.P. 3 – 727 – 1888
Cod 4651

Anexo 3.

Sesiones terapéuticas

Las sesiones están basadas en el programa de intervención cognitiva-conductual para el manejo de la ansiedad “El gato valiente”, cuyos autores son: Philip C. Kendall y Romina P. Kosovsky (2010). Para realizar esta intervención se utilizó la tercera versión del Programa manualizado, el cual fue adaptado por Olga Santesteban-Echarri et al (2013) en el formato abreviado Brief Coping Cat (BCBT) a un formato grupal y donde se aplican 8 sesiones terapéuticas.

Objetivos generales del programa

- Proporcionar a los participantes del programa un espacio seguro, para que desarrollen estrategias de control de la ansiedad y afronten de forma exitosa las situaciones estresantes que se les presenten.
- Ayudar a los niños a reconocer los signos que presentan frente a la ansiedad, permitiendo que estos signos sirvan como claves para poner en marcha las estrategias aprendidas para manejar la ansiedad.
- Que los niños comprueben que hay más niños con dificultades parecidas.

Objetivos concretos del programa:

- Conocer las respuestas fisiológicas propias ante las situaciones estresantes.
- Conocer, identificar y describir emociones y sentimientos que las diferentes situaciones (neutras y ansiógenas) producen. Diferenciarlos.
- Poner un escudo a los “los pensamientos bomba” y sustituirlos por pensamientos de “yo puedo”: Sustituir las autoverbalizaciones negativas internas por un diálogo adaptativo de afrontamiento.
- Potenciar la “realización de retos”: Potenciar el afrontamiento activo de las situaciones ansiógenas y reducir las conductas de evitación. Ayudar a los padres a que no potencien las conductas de evitación.
- Disminuir el nivel de ansiedad en el niño y de los padres.
- Disminuir somatizaciones.
- Aumentar la expresión de su mundo interno con sus padres y allegados para que se les pueda ayudar.

Objetivos terapéuticos

- Servir de apoyo, comprensión y cuidado al niño para el manejo ansiedad.
- Proporcionar educación acerca del funcionamiento de la ansiedad.
- Entender los factores que explican e inciden en la ansiedad y su comorbilidad.
- Ayudar a comprender y gestionar las diferentes situaciones ansiógenas, afrontarlas en lugar de evitarlas.
- Aprender a reconocer los síntomas físicos asociados a la ansiedad.
- Aprender a reconocer las autoverbalizaciones negativas relacionadas con la ansiedad
- Aumentar su capacidad de conciencia de conductas evitativas y las causas de las mismas, poniendo en práctica estrategias de afrontamiento aprendidas en terapia.
- Generar consolidación de patrones de comportamiento que proporcionen autocontrol.
- Potenciar sus habilidades de empatía y toma de perspectiva.
- Aumento de la capacidad de gestión emocional (y mayor manejo de situaciones de crisis emocional).

Materiales:

- Cuaderno de actividades para niños “El gato valiente”.
- Manual del terapeuta: tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños.

Sesiones Terapéuticas

Pre-test

Objetivos

- Aplicar el pre-test a los participantes del programa Brief Coping Cat
- Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica)
- Orientar al niño acerca del tratamiento.

Sesión 1: Introducción

Objetivos de la sesión

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapéutica)

2. Orientar al niño acerca del tratamiento
3. Alentar/respaldar la participación del niño
4. Asignar una actividad Demostrar Que Puedo (DPQ) inicial y simple
5. Participar en una actividad divertida de fin de sesión

Contenidos

- Juegos de datos personales
- Introducción: pensamientos y sentimientos
- Aprendamos acerca de la actividad DQP (Demostrar Que Puedo)
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión

Desarrollo de la sesión

Crear enganche, introducción al tratamiento y la primera reunión con los padres

- En esta primera sesión, lo más importante es asegurarse que el niño se sienta esperanzado y con deseos de volver a la siguiente sesión. Para los niños ansiosos, que tienen una predisposición y mayor sensibilidad a reaccionar a las evaluaciones sociales, es muy importante dedicar tiempo y esfuerzo para que el niño se sienta cómodo.
- El enganche terapéutico se puede lograr con una actividad divertida y con una actitud amigable. Es vital en la Sesión 1. Se puede jugar al “juego de conocernos el uno al otro” o “datos personales”.
- Es importante aclarar a los niños que las sesiones no pretenden “curar la ansiedad” sino reducirla y responder de forma más adecuada cuando ésta aparezca.
- Lograr que el niño se sienta cómodo ayuda para poder abordar el contenido terapéutico inicial:
 - La normalización de la ansiedad. Se puede utilizar la “analogía de la alarma de fuego y la falsa alarma”.
 - Explicación del modelo CBT: sentimiento-pensamiento-reacción fisiológica. Explicar que varios sentimientos están asociados con diferentes expresiones físicas.
- Se le preguntará al niño qué 3 cosas quieren lograr con la terapia, o cómo sabremos que la terapia ha terminado. El terapeuta tendrá preparada una lista, relacionada con las metas que se quieren conseguir.

- Finalmente, hay que enfatizar la importancia de practicar las habilidades aprendidas en sesión fuera de la sesión mediante las tareas para casa (tareas DQP). Los niños escribirán acerca de una situación en la que se “sintieron bien”. Tendrán que identificar pensamientos y sentimientos en esa situación.
- La Sesión 1 finaliza mediante una actividad divertida y con un premio por la participación, con lo que se sigue forjando la relación terapéutica.

NOTAS:

1. **NOTA:** si en las venideras sesiones, algún niño no realiza las tareas DQP (Demostrar Que Puedo), se hará al comienzo de la sesión. Se les comentará a los niños que aún pueden ganar un sticker si la realizan en el momento. Con niños hiperansiosos que temen la evaluación negativa, esto no debe ser vivido como un castigo. Se intentará que realicen sus tareas en casa, pero si no se les ayudará a que adquieran la habilidad en el grupo de la forma menos punitiva posible. Una vez terminada la tarea es importante recompensar el esfuerzo. También es importante preguntar las razones por las que la tarea no se hizo.
2. **NOTA:** Con respecto a las recompensas, el niño recibirá una pegatina por cada tarea DQP (Demostrar Que Puedo) y por cada exposición. Desde el principio de la terapia, tiene que haber quedado consensuado cuántas pegatinas son necesarias para intercambiarlas por una recompensa mayor, como un pequeño juguete.

Sesión 2: Reconociendo emociones

Objetivos de la sesión

1. Crear una buena relación de comunicación (alianza terapeuta)
2. Ver la actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la primera sesión
3. Presentar la idea de que distintos sentimientos tienen distintas expresiones físicas
4. Normalizar la experiencia de temor y ansiedad
5. Comenzar a establecer una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad
6. Asignar una actividad DQP.

Contenidos

- Reconociendo emociones
- Ponle emoción al rostro

- Juegos de roles de sentimientos: Puedes adivinar qué estoy sintiendo
- Si yo tuviera en esa situación sentiría...
- ¿Qué están sintiendo estas personas?
- Mi terapeuta se siente preocupado/a cuando...
- Démosle una mirada a las tarjetas de situaciones o a la escalera de temor.
- Consejo de la trinchera
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión

Desarrollo de la sesión

- Se inicia conversando sobre cómo se sintió el niño en los días que no asistió a las sesiones y que anotó en su cuaderno de actividades.
- Se revisa la actividad DQP (Demostrar Que Puedo) y se le asigna los stickers correspondientes.
- Se conversa de los diferentes sentimientos que experimentan las personas, las expresiones faciales y las posturas corporales que nos ayudan y dan pista de sus sentimientos y los sentimientos de los demás.
- Se realiza y construirá un diccionario de emociones, en donde se plasman las distintas expresiones y se debate con el niño acerca de qué sentimiento parece que la persona está experimentando.
- Se realiza un juego de roles con mímicas, en el cual se debe adivinar la expresión que se está interpretando.

Sesión 3: ¿Cómo reacciona mi cuerpo?

Objetivos de la sesión

1. Ver la actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión 2
2. Hablar acerca de las respuestas somáticas específicas de la ansiedad
3. Practicar la identificación de respuestas somáticas
4. Presentar el paso T
5. Preparar al niño para la siguiente sesión junto con sus padres
6. Asignar una actividad DQP (Demostrar Que Puedo)

Contenidos

- ¿Cómo muestran mis familiares que tienen miedo?
- ¿De qué manera nos muestra nuestro cuerpo que nos sentimos ansiosos?
- Respondamos unas preguntas acerca de las reacciones del cuerpo
- Aprendamos el primer paso para afrontar la ansiedad
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión

Desarrollo de la sesión

- Se empiezan a introducir las habilidades específicas que se utilizarán para afrontar la ansiedad.
- Revisión la tarea DQP – “*Demostrar Que Puedo*”. Si el niño ha realizado la tarea, se le premia verbalmente y se le puede dar una pegatina para colocar en el cuaderno de trabajo.
- El terapeuta preguntará a los niños que recuerden la última vez en la que se han sentido ansiosos en la pasada semana.
- La primera meta es trabajar con los niños en la identificación de las reacciones corporales concretas que cada uno tiene ante las situaciones ansiógenas. El terapeuta puede usar un ejemplo de las respuestas ansiógenas de su propia experiencia (técnica de modelado). *Por ejemplo:* Explicar que cuando se pone nervioso/a suda, su corazón late con más rapidez y su estómago se cierra.
- El terapeuta entonces preguntará a los niños que identifiquen qué ocurría en su cuerpo en esa situación que previamente habían comentado.
- Por un lado, el terapeuta ofrece psicoeducación acerca de las respuestas fisiológicas del miedo/estrés. Por otro lado, el terapeuta vuelve a tener la oportunidad de normalizar la experiencia de ansiedad.
- Se introduce el paso “T” “¿*Tienes miedo?*”. Especialmente con aquellos niños que no sepan identificar cuándo se sienten ansiosos, el terapeuta enfatizará que las respuestas corporales idiosincrásicas de cada uno (ej. sus propias sensaciones corporales en respuesta a la ansiedad), pueden servir de pista para darse cuenta que la ansiedad está presente.
- La segunda meta de la Sesión 2 es ayudar a que los niños identifiquen el contenido de sus pensamientos. Concretamente, se busca que los niños identifiquen autoverbalizaciones ansiógenas, o aquellos pensamientos concretos que reflejan que una persona está asustada acerca de que algo pase en una situación.

- El terapeuta introduce la idea de que a lo largo del día todos mantenemos conversaciones con nosotros mismos –pensamientos-, pero el contenido de estas conversaciones varía. Se les puede presentar “bocadillos de pensamientos en blanco” como los que aparecen en los cómics para que los rellenen. Primero se empezará con aquellas conversaciones neutras (para cada niño variará). Se pide a los niños que identifiquen posibles pensamientos. Luego se pasará a aquellas imágenes que pueden causar ansiedad, como por ejemplo un niño acampando en una tienda de campaña en la oscuridad.
- El terapeuta explicará que la forma en que pensamos impacta directamente en la forma en que nos sentimos. También enfatizará que dos personas distintas pueden pensar cosas diferentes en la misma situación. Se puede usar el ejemplo del patinador que piensa “*me voy a caer*” o el patinador que piensa “*esto es muy divertido*”.

Sesión 3: Reunión de Padres

Objetivos de la sesión

1. Proveer información adicional acerca del tratamiento.
2. Ofrecer a los padres la oportunidad de hablar de sus preocupaciones
3. Aprender más acerca de situaciones en las que el niño se muestra ansioso.
4. Ofrecer a los padres maneras concretas en las que pueden formar parte del programa

Desarrollo de la sesión

- El terapeuta se reunirá con los padres y explicará cuántas veces se reunirán y el rol que los padres van a tener en la terapia.
- El terapeuta introducirá y explicará los principios de la BCBT.
- Después se facilitará un diálogo del que se obtenga información acerca de aquellas situaciones que son ansiógenas para los niños.
- Puede que algunos padres expresen su propia ansiedad con respecto a las tareas de exposición, sintiéndose incómodos pensando que su hijo tendrá que enfrentarse a situaciones que habitualmente evitaría. Es muy importante normalizar la tendencia natural de los padres por proteger a sus hijos. A la vez habrá que introducir que a veces, sin que los padres lo pretendan, se refuerzan los comportamientos ansiosos por dejar que los hijos eviten las situaciones. De esta forma, la ansiedad cobra aún más fuerza.

- El terapeuta explicará formas concretas por las que los padres pueden involucrarse en el programa, como por ejemplo, ayudando con las tareas de exposición en casa.
- La parte central de esta sesión es poder identificar con cada padre una “meta de tratamiento”, o lo que es lo mismo: una medida con la cual tanto el terapeuta, como los padres y los niños, puedan juzgar y reconocer el progreso. Esta indicación es especialmente importante dado el formato abreviado del tratamiento. Un número adecuado puede ser identificar 3 metas de tratamiento, que se podrán ajustar dependiendo de cada familia.
- Es muy importante que estas metas sean: específicas, concretas y tangibles.
Ejemplo: Una meta de tratamiento para un niño con ansiedad por separación puede ser *“dormir solo en mi cama”* o *“los padres se pueden ir sin mí”*. Una meta menos manejable sería *“no sentirme temeroso cuando me separo de mis padres”*.

Sesión 4: Relajémonos

Objetivos de la sesión

1. Hacer mención del encuentro con los padres
2. Ver actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión 3
3. Introducir la idea de que muchas sensaciones somáticas asociadas a la ansiedad incluyen tensión muscular
4. Introducir el concepto de relajación y la práctica de técnicas de relajación
5. Desarrollar en el niño la conciencia de cuándo y cómo la relajación puede serle de utilidad
6. Practicar las técnicas de relajación con los padres del niño
7. Asignar una actividad DQP (Demostrar Que Puedo).

Contenidos

- Robot o muñeco de trapo
- ¿Tenso o relajado?
- Los músculos del cuerpo
- Aprender a relajarse
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para próxima sesión

Desarrollo de la sesión

- Se inicia conversando acerca de la actividad DQP (Demostrar Que Puedo) y se revisa lo que el niño haya escrito en su cuaderno de actividades.
- Se le explica al niño que la ansiedad provoca en el cuerpo tensión y respuestas somáticas.
- Se trabaja con el niño la relajación a través de situaciones que debe imaginar o recordar en donde él se hallaba calmado y feliz. Como también en situaciones que se sentía tenso.
- Se compara los sentimientos y sensaciones de ambos momentos. Se refuerza las ideas del niño con ejercicios para identificar la tensión. Lo cual contribuirá a que el niño de un paso en el manejo de su ansiedad

Sesión 5: En qué estoy pensando

Objetivos de la sesión

1. Ver actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión 4
2. Introducir el concepto de pensamiento automático (diálogos internos)
3. Hablar del dialogo interno en situaciones de ansiedad (dialogo interno ansioso)
4. Diferenciar el diálogo interno ansioso del diálogo interno de afrontamiento
5. Presentar el paso “EM”
6. Practicar el diálogo interno de afrontamiento
7. Asignar una actividad DQP (Demostrar Que Puedo).

Contenidos

- ¿Qué hay en el globo de pensamientos?
- Pensamientos diferentes = sensaciones y acciones diferentes
- El segundo paso
- Hagamos un juego de roles
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión.

Desarrollo de la sesión

- El terapeuta expone el paso “E” y “M” – “*¿Esperas que pase algo*” “*Malo?*”. El terapeuta ayuda en que los niños sean conscientes y se den cuenta si suelen pensar qué cosas malas van a pasar.
- Una vez que esto se ha hecho patente y el niño es consciente, el terapeuta proporciona entrenamiento en autoverbalizaciones de afrontamiento. Estos nuevos pensamientos desafían los sesgos cognitivos ansiógenos promoviendo resiliencia en vez de la evitación de la situación temida.
- El terapeuta y los niños proponen diferentes pensamientos de afrontamiento que pueden ser usados en las situaciones ansiógenas, como “*¡Yo puedo!*” o “*El mundo no se termina si me siento asustado*”.
- Al final de la sesión, el terapeuta y el niño colaboran en la creación de una jerarquía de situaciones ansiógenas.
- Se puede comenzar por una jerarquía del 0-8, donde el 8 es la exposición que causa máxima ansiedad.
- El terapeuta propone la tarea DQP (Demostrar Que Puedo) para casa.

Sesión 6: ¿Qué debería hacer?

Objetivos de la sesión

1. Ver actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión anterior
2. Rever los primeros dos pasos del plan TEMOR
3. Introducir el paso “O”
4. Hablar sobre el concepto de resolución de problemas
5. Practicar la resolución de problemas en situaciones de ansiedad
6. Practicar en situaciones imaginarias que provocan baja ansiedad
7. Practicar en situaciones reales (en vivo) que provocan baja ansiedad
8. Asignar una actividad DQP (Demostrar Que Puedo).

Contenidos

- Aprendamos el tercer paso
- ¿Cómo pueden ayudar los pasos?
- Dos cosas que hemos aprendido hasta ahora
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión

Desarrollo de la sesión

- Los niños continúan aprendiendo los pasos del plan TEMOR.
- Como ya se ha trabajado con la identificación de las respuestas fisiológicas con las situaciones en las que se sienten ansiosos, así como la predicción de aquellos resultados negativos que generalmente se mantienen, en esta sesión el foco cambia hacia el paso “O”, “Operaciones que ayudan (actitudes y acciones)”.
- Antes de explicar el paso O, el terapeuta hace un breve resumen de las sesiones previas. Se puede revisar: a) técnicas de respiración profunda y su efecto para calmar el cuerpo; b) utilizar pensamientos de afrontamiento para combatir los pensamientos ansiosos. Se les explica que una de las herramientas es la solución de problemas.
- El paso “O” reúne herramientas que ya se han trabajado previamente en otras sesiones (p. Ej., autoverbalizaciones de afrontamiento) y comienza a introducir el entrenamiento en solución de problemas y sus pasos:
 - Identificar el problema
 - Generar el máximo número de soluciones posibles (incluso las más tontas)
 - Evaluar las soluciones
 - Probar o implementar la mejor solución de todas.
- El terapeuta propone que se discutan ejemplos de situaciones problemáticas que les haya ocurrido en la pasada semana para buscar una solución.
- Los niños son ahora capaces de empezar a afrontar la ansiedad de forma eficaz: han aprendido estrategias para desafiar la catastrofización y a hacer lluvia de ideas para proponer soluciones flexibles para afrontar problemas difíciles.

Sesión 7: ¿Cómo voy?

Objetivos de la sesión

1. Ver la actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión anterior
2. Presentar el paso “R”
3. Hablar del concepto de auto-evaluación y recompensa
4. Practicar auto-evaluación y recompensar por esfuerzo
5. Rever el Plan TEMOR
6. Aplicar el plan TEMOR
7. Rever la escala de temor y ver actividades de exposición
8. Practicar en situaciones imaginarias que provocan alta ansiedad
9. Practicar en situaciones reales (en vivo) que provocan alta ansiedad
10. Asignar una actividad DQP (Demostrar Que Puedo).

Contenidos

- ¿Qué es una recompensa?
- practiquemos el uso del paso de resultados y recompensas
- Las recompensas no son únicamente para cuando el trabajo es perfecto
- Prueba del reloj de emociones
- Haz tu propio carnet del plan TEMOR
- Un personaje afrontador
- Actividad DQP (Demostrar Que Puedo) para la próxima sesión

Desarrollo de la sesión

- Enseñar el último paso “R” – “Resultados y Recompensas”.
- Este componente invita a los niños a reflexionar sobre la experiencia (Ej., *¿Ha disminuido mi ansiedad? ¿He mantenido el contacto visual?*) y estar en contacto con la ansiedad (en vez de evitarla), y recompensarse por su esfuerzo (han intentado hacerlo lo mejor posible) para tratar de afrontar una situación difícil.
- El terapeuta pregunta a los niños por qué es importante recompensarse tras haber intentado hacer algo lo mejor posible y evaluar su desempeño. Es importante que el terapeuta enfatice que las recompensas no son exclusivamente para cuando alguien hace una actividad de forma perfecta (una creencia muy común entre las personas ansiosas).
- Al final de la sesión el terapeuta retoma la jerarquía de situaciones ansiógenas que se comenzó a trabajar en la sesión anterior. Entre el terapeuta y los niños repasan que los números asignados y la posición de cada situación sea la adecuada.
- Tras la revisión el terapeuta pregunta que de toda la lista, cuál sería una buena situación para poder empezar a trabajar en la siguiente sesión. Si los niños no saben cuál elegir, o piensan que todas son complicadas, el terapeuta puede ayudar indicando una de las dos situaciones que provocan menos ansiedad y se comprometen a trabajar en ella la próxima sesión. Es importante recompensar a los niños este compromiso.
- Tras elegir una situación concreta, el terapeuta y los niños trabajan de forma conjunta en la elaboración de un Plan TEMOR para el primer reto. *Ejemplo:*
- El niño identifica que la situación que quiere trabajar es quedarse solo en la consulta 1 minuto → Situación
- El niño identifica que probablemente comenzará a sentir calor y puede que le venga un dolor de cabeza → paso T

- El niño identifica que puede que piense: “¿Qué pasa si me quedo aquí encerrado?” → paso EM
- Si eso pasa, el niño identifica qué puede hacer: Hará respiraciones profundas y se dirá a sí mismo: “Probablemente no me quedaré encerrado” → paso O
- Luego tiene que hacer la solución de problemas: Piensa... “¿Qué puedo hacer caso que me quedase encerrado?”: 1) “llamar a la puerta”; 2) “gritar pidiendo ayuda”.
- Finalmente, planean una recompensa para su primera tarea de exposición. Puede ser comer un dulce con el terapeuta → paso R
- El terapeuta propone la tarea DQP (Demostrar Que Puedo) para casa.

Sesión 7: Reunión con los padres

Objetivos de la sesión

1. Proveer información acerca las actividades del tratamiento
2. Proveer a los padres la oportunidad de hablar de sus preocupaciones
3. Aprender más acerca de situaciones que provocan ansiedad en el niño
4. Ofrecer maneras específicas de involucrar a los padres.

Desarrollo de la sesión

- Sesión con los padres
- Es una oportunidad estupenda para compartir con los padres los avances de los niños.
- Es un buen momento para aprender más acerca de las situaciones y estímulos que provocan ansiedad o miedo a los niños. Se compartirá con los padres también la jerarquía de ansiedad propuesta por cada niño para que estén involucrados en el proceso y vean que reflejan las metas de tratamiento que ellos mismos propusieron en la Sesión 1.
- El terapeuta puede aprovechar para recordar a los padres que es necesario que apoyen a los niños una vez en casa para que lleven a cabo el plan TEMOR, especialmente en las tareas DQP (Demostrar Que Puedo) que se les asignen para la casa.
- Es muy importante hacer énfasis en el reforzamiento como herramienta a utilizar por los padres para animar a sus hijos a participar en los sucesivos retos.
- El terapeuta ayudará a los padres a identificar pequeñas recompensas que puedan utilizar en casa para ayudar a motivar a sus hijos (serán recompensas

personalizadas para cada niño, como por ejemplo su postre favorito, un tiempo especial de juego con sus padres, realizar una actividad gratificante... cuanto más social sea, mejor).

- El terapeuta también recordará la importancia de los halagos de forma inmediata, siendo concretos y específicos a la situación: *“Genial, has sido muy valiente quedándote en la habitación tú solo, estoy orgullosa/o”* (en lugar de un... *“qué bien”*, demasiado inespecífico).
- Es importante ver en el momento cómo los padres reforzarían una exposición concreta para ayudarles a ser específicos.
- El terapeuta explica que es importante que los niños completen las tareas de exposición.

Sesión 8: ¡Empieza la práctica!

Objetivos

1. Ver actividad DQP (Demostrar Que Puedo) de la sesión anterior
2. Rever el concepto de progreso mediante la práctica de nuevas habilidades
3. Practicar en situaciones imaginarias que provocan moderada ansiedad
4. Practicar en situaciones reales (en vivo) que provocan moderada ansiedad
5. Repasar brevemente los ejercicios de relajación
6. Planificar una(s) actividad(es) de exposición
7. Realizar una tarea de exposición final en una situación de moderada ansiedad

Contenidos

- Recuerdas el plan TEMOR
- Es hora de empezar la práctica
- Juegos de roles
- Evalúa tu nivel de ansiedad

Desarrollo de la sesión

- Es la última sesión de la terapia BCBT.
- Esta sesión servirá para ayudar al niño a que afiance todo lo que ha aprendido, haciendo una exposición de elevada dificultad.
- Se recomienda que NO sea la situación de MAYOR dificultad (que provoque más ansiedad), sino una que el terapeuta esté seguro de que va resultar exitosa, ya que es

importante que el niño pueda abandonar la última sesión con un sentimiento de éxito y maestría en las técnicas aprendidas.

- Una vez terminada la tarea de exposición se debe usar tiempo en revisar todos los conceptos aprendidos y, sobre todo, en revisar todos los logros de los niños y los retos superados.

Post-test

Objetivos

1. Aplicar el post-test a los participantes del programa Brief Coping Cat
2. Repasar y resumir el programa de tratamiento
3. Entrega de recompensas
4. Cerrar las sesiones terapéuticas

Anexo 4.

Registro y Contrato de asistencia

Nombre: _____ **Clave** _____

Sesión	Pre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Post
Fecha											
Asistencia											
Tareas en casa											
Puntualidad											
Tareas en Sesiones											
Respeto											
Contacto por los compañeros											
Participación											
Aseo											
Silencio											
Cooperación											

Anexo 5.
Entrevista

Datos:

Nombre del niño (a) _____

Edad _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Escolaridad _____

Lugar de Residencia _____

Teléfonos _____

Número de hermanos (sin contarle a él): ____

Sexo y fecha de nacimiento de los hermanos (si los hay):

¿Es la persona que más tiempo pasa con el niño/a? SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es NO. ¿Quién es la persona que pasa más tiempo con el niño? _____

Autonomía:

¿A qué edad comenzó a comer solo? _____

¿Sabe ponerse los zapatos y amarrárselos? _____

¿Sabe vestirse solo? ____ ¿Sabe abotonarse? ____

¿Qué prendas de vestir prefiere en correspondencia con el sexo? _____

¿Quién favorece su desarrollo en el hogar? _____

¿Cómo reacciona ante las órdenes? _____

¿Cómo se desenvuelve en los mandados que se le dan? _____

¿Qué hace cuando lo agreden? _____

¿Conoce el peligro? _____

¿Conoce el valor del dinero? _____

Conducta:

Describir al menor en el hogar: _____

¿Cómo se comporta en los juegos? _____

¿Cómo es la relación con sus amigos? _____
 Si es tranquilo o intranquilo _____
 ¿Tiene amigos? _____ Especificar si es del mismo sexo o sexos diferentes _____
 mayores o menores que el niño _____
 ¿Cómo es con los amigos? _____
 ¿Cómo es en los juegos? _____
 ¿Cómo se desenvuelve? _____
 ¿Comprende las reglas del juego? _____
 ¿Necesita que los amigos lo orienten? _____
 ¿Qué hace cuando no logra éxito o gana? _____
 ¿Qué juegos prefiere? _____
 ¿Con quién prefiere jugar o estar? _____
 ¿Qué hace cuando desea algo? _____
 ¿Cómo es con las personas mayores? _____
 Cuando se le pregunta sobre algo sucedido ¿se ajusta a la verdad? _____
 Dónde se mantiene más tiempo: en la calle _____ o en la casa _____
 ¿Se aleja de la casa sin permiso? _____
 ¿A dónde, con quién, qué hace? _____
 ¿Cómo reacciona cuando no lo complacen? _____ ¿Qué hace? _____
 ¿Prefiere palabras obscenas? _____ ¿Practica la onicofagia? _____ (se muerde las
 unas)
 ¿Ha traído algo al hogar que no es de su pertenencia? _____ ¿Qué cosa? _____
 ¿Con quién? _____
 ¿Qué hace cuando tiene algún problema? _____
 ¿A quién respeta más en el hogar? _____
 ¿Quién lo castiga? _____ ¿De qué forma? _____
 ¿Cumple los castigos? _____
 ¿Todos en el hogar le mantienen el castigo? _____
 ¿Cómo es con los hermanos? _____
 Si ve la televisión ¿cómo lo hace? _____

Escolaridad:

¿Asistió a la guardería? _____
 ¿Cómo se adaptó? _____
 ¿Qué opinión tenían las educadoras? _____
 ¿A qué edad comenzó a ir a la escuela? _____
 ¿Cómo fue su adaptación? _____
 ¿Cómo es su conducta fuera y dentro del aula? _____
 ¿Cómo se relaciona con sus compañeros? _____
 ¿Ha repetido algún grado escolar? _____
 ¿Qué actividad se le dificulta más y cuál prefiere? _____

¿Cómo ha sido la maestra y si ha tenido cambios de maestra o escuela? _____

Explicar cuántos y los motivos. _____

¿Asiste todos los días a la escuela? _____

Falta la maestra _____

¿Qué opinión tiene la familia de la maestra y de la escuela? _____

¿Qué hace la maestra ante las dificultades del alumno? _____

¿Le pone tareas, dónde las hace y si recibe ayudas? _____

¿El niño cuida sus materiales? _____

¿Asiste a las reuniones de padres en la escuela? _____

Entorno familiar:

Especificar si la relación de los padres es estable o inestable, cómo repercute en el menor, armonía en el hogar, conducta social de los padres y personas que conviven con él.

En caso de separación especificar desde cuándo, la edad del menor y si continúan lazos afectivos entre los padres con el niño, especificar quien es el responsable del menor.

Si la madre o el padre han contraído matrimonio nuevamente o varias uniones.

Si el niño tiene hermano, cómo son sus relaciones.

Cómo es con los amigos _____

¿Qué relaciones mantiene con los vecinos? _____

¿Qué aspectos del medio influyen positivamente en el caso? _____

¿Cómo es su peso actual? _____

¿Se ha caído y sufrido golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento?

Especificar las complicaciones. _____

Señalar las secuelas dejadas por la enfermedad. _____

¿Cómo es su visión y audición? _____

¿Sufre alguna enfermedad? _____

¿Recibe o ha recibido atención psicológica? Si _____ No _____

Si respondió si a la pregunta anterior, especificar ¿Cuál? _____

¿Padece algún problema, situación o trastorno psicológico? _____

Vivienda:

Especificar las condiciones de la vivienda:

Construida con: Ladrillo ____ Madera ____ Lamina ____ Cartón ____ Otros _____

Habitaciones: Sala ____ Comedor ____ Cocina ____ Baño ____ No. de Recamaras ____

Servicios: Luz ____ Agua ____ Gas ____ Drenaje ____ Teléfono ____ Cable ____

Internet _____

En la actualidad el niño o niña ha tenido un evento significativo en su vida

Pérdida de un ser querido _____

Cambio de escuela _____

Cambio de vivienda _____

Llegada de un nuevo hermano/a _____

Repetido año escolar _____

Otros _____

El niño/a presenta algunos de las siguientes características que se presentan a continuación

Le cuesta relajarse ____ es nervioso/a ____ siente inquietud ____ preocupaciones constantes ____ Dificultad para concentrarse _____

Tiene dificultad para respirar por alguna otra causa que no sea asma ____

Dificultades del sueño ____ náusea ____ fatiga ____ problemas de concentración _____

Tiembla ____ Es inseguro/a ____ Evita situaciones _____

¿Qué clase de cosas le preocupan? _____

¿Se preocupa por cosas que otras personas dicen que no deberías preocuparte por ellas? _____

¿Has estado ansioso/a o preocupado/a por muchas cosas en la mayoría de los días? _____

¿Sientes tensión nervioso/a la mayoría del tiempo? _____

¿Ha sentido excesiva preocupación por cosas negativas o malas que podrían ocurrirte a él/ella o a personas cercanas? _____

¿Es inquieto/a o tranquilo/a? _____

¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño por tener múltiples preocupaciones en la cabeza? _____

¿Se ha sentido muy irritable o a punto de estallar por sentirte estresado/a o abrumado/a?

¿Ha tenido frecuentemente dificultades para concentrarse por tener la mente ocupada en preocupaciones? _____

¿Ha sentido palpitaciones o taquicardias? _____

¿Se ruborizas o se pones pálido/a con frecuencia? _____

¿Ha tenido temblores en el cuerpo en general? _____

¿Suda mucho? _____

¿Se le seca la boca con frecuencia? _____

¿Tiene muy poco apetito? _____

¿Come mucho para calmar los nervios? _____

¿Tiene temores exagerados? _____

¿Se siente inseguro/a de si mismo/a? _____

¿Le cuesta tomar decisiones? _____

¿Está siempre alerta? _____

¿Se notas bloqueado/a sin saber qué decir o qué hacer? _____

¿Le irritan mucho los ruidos? _____

¿Ha pensado que tienes mala suerte? _____

¿Le inquieta el futuro, lo ve todo negro, pesimista, difícil...? _____

¿Cree que no sirve para nada? _____

¿Le cuesta recordar cosas recientes? _____

¿Todo le afecta negativamente? _____

¿Se acuerda más de lo negativo que de lo positivo? _____

¿Le cuesta mantener la concentración? _____

Otros _____

Datos sobre la persona que contesta los cuestionarios (marca con una X):

Padre____/Madre____/Otro Familiar: _____

Edad: _____

Nacionalidad: _____.

Estado civil: _____.

Nivel de estudios:

Primaria____ Primer ciclo: ____ Segundo Ciclo ____ Técnico__ Universitarios: ____

Ocupación actual:

____ Empleado/a, Sector: _____ Puesto: _____

____ Autónomo/a, Sector: _____

____ Desempleado/a

____ Ama de casa

Otro: _____

Anexo 6.

Portada del cuaderno de actividades para los niños del Programa El Gato Valiente



Anexo 7.

Portada del Manual del terapeuta del programa El Gato Valiente

